ROK III. **STYCZEŃ — LUTY 1937 R.** **Nr. 1.**

Dwumiesięcznik Stomatologiczny

Redaktor Naczelny: Lek. dent. JULIUSZ KONSTANTIN.

Wydawca: Stowarzyszenie Absolwentów Akademii Stomatologicznej uprawniony przedstaw.: Lek. dent. STEFAN KRÜGER.

Redaktor odpowiedzialny za Dział Naukowy: Doc. dr. med. lek. dent. KONRAD SZEPELSKI.

TREŚĆ:

Członkowie Stowarzyszenia Absolwentów A. S. otrzymują pismo bezpłatnie.

Prenumerata roczna Zł. 6.

Redakcja: Warszawa, Bielańska 9 m. 70. Tel. 602-11

Administracja: Warszawa, Marszałkowska 120 m. 5. Tel. 692-02

Konto P. K. O. 9931.

DWUMIESIĘCZNIK STOMATOLOGICZNY

Z Kliniki Chirurgii Stomatologicznej Akademii Stomatologicznej.
(Kierownik: Prof. Dr. med. ALFRED MEISSNER).

Lek.-dent. IRENA KONOPACKA-SEMADENI. *Warszawa.*
B. st. asystent Kliniki.

Schorzenia jamy ustnej w czasie ciąży i połogu.

Referat wygłoszony na posiedzeniu naukowym Warszawskiego Towarzystwa Ginekologicznego dn. 4.XII. 1935 r.

Badania nad związkiem przyczynowym schorzeń jamy ustnej i innych narządów poruszył po raz pierwszy w Polsce T e o f i l K a c z o r o w s k i, ogłaszając w 1884 r. w „Przeglądzie Lekarskim" pracę o „Związku przyczynowym zapalenia dziąseł i innymi chorobami".

Prace doświadczalne R o z e n o w a i B i l l i n g a przeprowadzone w Zakładzie Medycyny Doświadczalnej B r a c i M a y o w R o c h e s t e r, wykazały dopiero, że drobnoustroje posiadają elektywizm, atakując tylko niektóre narządy. H a d e n zakażał zwierzęta materiałem wziętym z ognisk okołozębowych; sekcje wykazały zmiany w sercu, nerkach, zastawce trójdzielnej; tylko nieznaczny odsetek królików nie reagował na infekcję.

Na zjeździe w Wiesbadenie w 1930 r., było obszernie omawiane zakażenie spowodowane ogniskami szczękowymi. Klinicyści Frankfurtcy nie podzielali całkowicie zapatrywań R o z e n o w a. Przywiązywali oni natomiast dużą wagę do uodpornienia organizmu, podlegającego stałemu zakażeniu. L o o s nawet przy stwierdzeniu poprawy klinicznej w stanie zapalnym odległych ognisk, po usunięciu ognisk szczękowych, nakazuje dużą ostrożność w ocenie tej poprawy, gdyż chore narządy reagują nieraz b. korzystnie na każde usunięcie zakażenia miejscowego.

W ostrych reumatyzmach i stanach podgorączkowych, stwierdził O s t e n S a c h e n poprawę po usunięciu zębów zgorzelinowych, niekoniecznie ze zmianami widocznymi na zdjęciu roentgenowskim; roentgen, moim zdaniem, najczęściej n i e w y k a z u j e z m i a n p r z y w i e r z c h o ł k o w y c h w n a j b a r d z i e j z ł o ś l i w y c h p r z y p a d k a c h. Tłumaczyć to można tym, że otorbienie ogniska, wyraźne na zdjęciu, jest jednocześnie wałem ochronnym organizmu.

Co się tyczy zakażeń w okresie połogu, to B o s s e zwrócił uwagę w swej klinice ginekologicznej w Berlinie na przyczynę połogów gorączkowych, w wypadkach porodów, przeprowadzonych aseptycznie. Stwierdził on, że z 60-ciu obserwowanych położnic jedynie 9 miało jamę ustną w porządku, u pozostałych znaleziono zęby zniszczone próchnicą, korzenie zgorzelinowe, nierzadko z dużymi zmianami przywierzchołkowymi lub przyszyjkowymi.

Zwrócił on baczną uwagę na możność samozakażenia, przedstawiając przypadek zapalenia zatoki szczękowej na tle zębowym, które spowodowało ciężkie zapalenie otrzewnej w trzy dni po porodzie.

L e m e l a n d opisał przypadek próchnicy zęba, przy którym powstał ropień bezpośrednio po porodzie i spowodował ciężkie zakażenie popołogowe.

T a b b o t w przypadku samoistnego poronienia w 4 miesiącu ciąży, znalazł w moczu matki i we krwi płodu paciorkowiec hemolizujący, wychodowany w okolicy przywierzchołkowej zęba martwego.

V i g n e s opisuje czterokrotne poronienie spowodowane zakażeniem paciorkowcowym pochodzenia zębowego. Po całkowitym wyleczeniu jamy ustnej oraz po zastosowaniu autoszczepionki, piąta ciąża miała przebieg normalny.

Zachowywanie się dziąseł podczas ciąży jest charakterystyczne i było wielokrotnie opisywane. Śluzówka jamy ustnej ulega silnemu przekrwieniu, linia demarkacyjna zaciera się, dziąsła są rozpulchnione, zaczerwienione, przy każdym poruszeniu silnie krwawią. Niekiedy następuje przerost brodawek i zęby do połowy swej wysokości lub wyżej są pokryte jakby płatami. O ile do takiego stanu dołączy się jeszcze uraz, w postaci ostrego brzegu zęba, korony, protezy, dziąsło silnie przerasta, wytwarzając nadziąślaki (epulisy).

Jak wiadomo, epulis fibromatosa należy do grupy nowotworów dobrotliwych i tylko w wyjątkowych wypadkach, rozpoznawany anatomo-patologicznie jako epulis sarcomatodes, daje nawroty. Nadziąślak jako nowotwór dobrotliwy, ma normalnie wzrost powolny, bezbolesny, zazwyczaj dość późno spostrzegany przez pacjenta.

Inaczej ma się sprawa w okresie ciąży. Nadziąślaki powiększają się szybko, drążą w głąb i o ile nie są natychmiast operowane, mogą powodować duże zniszczenie wyrostka zębodołowego.

Obserwowałam w klinice młodą pacjentkę, która zgłosiła się w 8 miesiącu ciąży z naroślą pokrywającą dziąsła i zęby na przestrzeni dwóch siekaczy i kła. Z obawy przed przedwczesnym rozwiązaniem, chora na operację nie zdecydowała się, jednakże już po tygodniu powróciła, ponieważ twór powiększył się do wielkości kurzego jaja, wywrócił górną wargę, uciskając na nos, całkowicie pokrył przednie zęby i utrudniał odżywianie się i mówienie. Badanie mikroskopowe pooperacyjne wykazało epulis fibromatosa.

M i s c h opisał przypadki wykazujące specjalną skłonność do tworzenia się nadziąślaków w każdej ciąży nie zawsze na tym samym miejscu.

Dzięki uprzejmości prof. Czyżewicza w klinice położniczej zostały

przeprowadzone badania, które wykazały co następuje: prawie wszystkie pacjentki podawały, że w okresie ciąży miały znaczne dolegliwości zębowe. Tłumaczy się to tym, że próchnica w okresie ciąży szerzy się bardzo szybko, zęby zupełnie zdrowe stają się kruche, skłonne do złamań. Przyczyny należy się doszukiwać w zmianie składu śliny, która przestaje być alkaliczną, w zaleganiu kwaśnej treści wymiotów oraz w odwapnianiu, które jest fizjologiczne dla kośca, lecz patologiczne dla zębów, gdyż nie regenerują one wcale.

Doświadczenia Dibbelta wykazały, że płód zapotrzebowuje b. dużo wapnia, średnio około 0,17 gr. dziennie. Ponieważ dieta tej ilości wapnia nie posiada, żywienie następuje kosztem zapasów matki; stąd też pogląd wielu autorów o niezbędności pożywienia obfitującego w ciała białkowe i fosforowe oraz o konieczności podawania odpowiednich preparatów.

Według Mackenzie bodźcem do zaostrzenia się przewlekłych spraw zapalnych jest zmiana składu krwi, głównie w stosunku do soli wapnia. Tym więc możemy sobie wytłumaczyć fakt, że w końcowym okresie ciąży ogniska utajone w szczękach zaczynają się zaostrzać i nie leczone, mogą dać odczyn nie tylko miejscowy, ale ogólny.

Zupełnie niesłuszne są obawy przed zabiegami krwawymi w okresie ciąży; o ile przeprowadzony wywiad ustali, że pacjentka nie ma kiły, nie roni nawykowo, o ile nastawienie psychiczne będzie dobre, możemy śmiało wykonywać wszelkie zabiegi w jamie ustnej, dawkując tylko ostrożnie adrenalinę.

W okresie dwuletnim w klinice położniczej zostało zbadanych 276 pacjentek, w 6, 7, 8, 9 miesiącu ciąży; 7 nie posiadało żadnych zmian chorobowych; 18 tylko zapalenia dziąseł, u 127 zostały wykonane ekstrakcje w znieczuleniu miejscowym lub przewodowym. Ekstrakcje dokonywane były po kilka zębów naraz, lub też po jednym co kilka dni. 2%-owy roztwór novocainy z ½ normalnej dawki adrenaliny (1: 1000) dawał zupełne znieczulenie, nie wywołując ujemnych skutków w postaci złego poczucia pacjentki.

W takim samym znieczuleniu przewodowym wykonano kilka operacji: wyłuszczenia torbieli, cięcia ropnia, usunięcia nadziąślaka. U żadnej z pacjentek nie stwierdzono, ani krwawienia, ani przyśpieszenia terminu porodu; przebieg porodu był normalny, dzieci żywe, donoszone.

W lekkiej narkozie eterowej operowałam w 8 miesiącu ciąży ostre zapalenie szpiku kostnego, przebieg gojenia normalny, poród nie przyśpieszony, dziecko żywe, donoszone.

U pozostałych 108 pacjentek uzębienie było bardzo silnie zniszczone, jednakże leczenie, ze względu na sprzeciw chorych, przeprowadzone nie było. 37 miało zaostrzenie w czasie połogu, z których 3 miały przebieg następujący:

Karta Chorych 1896/33.

10/XI. 33 r. 1 ciąża — ostatnie dnie.

Pacjentka ma zniszczone uzębienie, gruczoły obustronnie powię-

kszone, przeprowadzona ekstrakcja dwóch korzeni; pozostają 3 zęby zgorzelinowe.

15/XI. temp. 38,1.

25/XI. temp. 39,1. W jamie ustnej stwierdzono zaostrzenie się przy górnym trzonowym.

Ekstrakcja, wyłyżeczkowanie.

Temp. opada.

1/XII temp. 40,1, złe samopoczucie, ból szczęki dolnej.

Ekstr. górnego trzonowego prawego i lewego, w znieczuleniu wyłyżeczkowano zropiałą torbiel.

3/XII. temp. normalna, chora czuje się dobrze.

8/XII. Wypisana w stanie zadawalającym.

Karta Chorych 741/33.

Poród 10.IV. 33 r., siłami natury, dziecko żywe, donoszone, temp. 38 st., bolesność górnej szczęki.

21/IV. temp. 38,5 st., ropień podokostnowy górnej lewej szczęki przy trzonowcu. Ekstrakcja górnego trzonowego lewego, wyłyżeczkowanie, dużo wydzieliny ropnej przez zębodół.

22/IV. stan dobry, temp. normalna.

25/IV. temp. 39,8, tętno 115. Zap. szpiku kostnego w górnej szczęce, strona prawa. Operacja szpiku i ekstrakcja 6 zębów.

26/IV. temp. 37,6, stan normalny, gojenie.

27/IV. temp. normalna.

3/V. temp. 39,8, tętno 110. Ropne zapalenie zatoki szczękowej str. prawa.

Przepłukanie zatoki kwasem bornym przez otwór pooperacyjny, duże wydz. ropne przez nos.

3/V. temp. normalna, przepłukanie zatoki, wydz. mniejsze.

10/V. pacjentka wypisana w stanie zadawalającym.

Karta Chorych 2190/34.

13/XI. 34 r. Poród siłami natury, d. ż. d. silna bolesność dolnej szczęki strony lewej.

14/XI. temp. 37,4 st., tętno 140.

Ropowica kąta żuchwy na tle dolnego lewego trzonowego.

W narkozie tetrowej op. ropowicy, cięcia zewnętrzne, ekstr. 8, 7 dolne, lewe, trzon.

15/XI. temp. normalna, stan lepszy.

19/XI. Wypisana z dzieckiem w stanie zadawalającym.

Na podstawie materiału klinicznego i wyników leczniczych, dochodzę do następujących wniosków.

1). Stany chorobowe w jamie ustnej, zwłaszcza próchnica zębów pogarszają się znacznie w przebiegu ciąży; spostrzeżenia moje pod tym względem nie wykazują żadnych wyjątków.

2). W ostatnich dniach ciąży i w połogu zaostrzają się w jamie

ustnej przewlekłe stany zapalne, które pozostawione same sobie, nie cofają się nigdy. Sprawy te wpływają zawsze na przebieg połogu, stając się niejednokrotnie miejscem wyjścia zakażenia ogólnego.

3). Wkroczenie lecznicze miejscowe powinno być stosowane natychmiast po ustaleniu rozpoznania, bez względu na okres połogu, przyczym stan narządów rodnych nie stanowi przeciwskazań do leczenia.

PIŚMIENNICTWO.

Arkovy. Indicationen zur Stomat. Therapie. Z. Rundschau XXVII. Nr. 3.

Bakierowski W. Wpływ ciąży i karmienia na zęby. Przegl. Dent. 1926. 9—10.

Bosse. Über Oral Sepsis in der Geburtshilfe. D. M. Z. XXIX, Nr. 2, 1911 r.

Guttman. Die Mundhöhle der Hebammen.

Hertzka E. Zahnärztliche Bechandlung und Gravidität. Z. Rundschau. 1930.

Hartzell Th. Infizierte Zähne. Z. f. Stom. 1927, Nr. 7.

Heymann, Benno. Die Vornahme Zahnärztlicher Operationen während der Gravidität. Z. Rundsch. 1931. I. 918—920.

Kaczorowski T. O związku przyczynowym zap. dziąseł z innymi chorobami. Przegląd Lekarski. 1884.

Lakner. Sprawa zakażenia ogniskowego jamy ustnej. Nowiny Lekarskie. Czerwiec. 1934 r.

Misch J. Grenzgebite der Medizin und Zahnheilkunde. Pasquale Lippo Tlore bact. des granulomes periapicaux. La Stomatologie XXVI, Nr. 3, 1927.

Rozenow. Herdinfectionen der Munhöhle. Z. Rdsch. 1930. Nr. 1—13.

Rosenstein. Die Erkrankungen der Mundorgane in der Schwangerschaft. D. M. f. Z. 1913. Nr. 3.

Steiner. Karnist. Beitrag zur Frage der Focale Infect. Z. f. Stom.

Temesvary Miklos. Zahnerkrankungen und Gravidität. D. M. f. Z. 1930. Nr. 9.

Vignes. Abortement habituel. Bull. d'Obstebrigue et Gyn. 1927.

---o---

Z II. Oddz. Chirurgicznego Szpitala Dz. Jezus w Warszawie.
(Ordynator doc. dr. med. J. RUTKOWSKI).
i
Gabinetu Dentystycznego Szpitala
(Konsultant stomatolog dr. med. F. BOHDANOWICZ).

Dr. med. FRANCISZEK BOHDANOWICZ. *Warszawa.*

Przypadek złamania żuchwy.

W polskiej literaturze stomatologicznej pojawia się uderzająco mała ilość prac traktujących o złamaniach szczęk. Dzieje się to nie tylko ze szkodą dla codziennej praktyki, ale również może mieć niepożądane skutki z punktu widzenia gotowości do przyszłej wojny. Wa-

runki wojny współczesnej stwarzają szczególnie wiele okazii dla urazów głowy i twarzy, to też uszkodzenia szczęk w przyszłej wojnie będą zajmowały poczesne miejsce wśród innych urazów bojowych. Stąd wynika konieczność dla specjalistów w dziedzinie chorób jamy ustnej, którzy w pierwszym rzędzie będą pociągani do załatwiania tych przypadków — przygotowania się już zawczasu do tej roli. Sądzimy więc, że publikowanie przypadków i sposobu ich załatwienia, może być tylko ze wspólnym pożytkiem.

Przystępując do opisania niniejszego przypadku, mieliśmy na uwadze przytoczone względy, jak również nie często zdarzającą się komplikację — zatrzymany ząb mądrości w miejscu złamania.

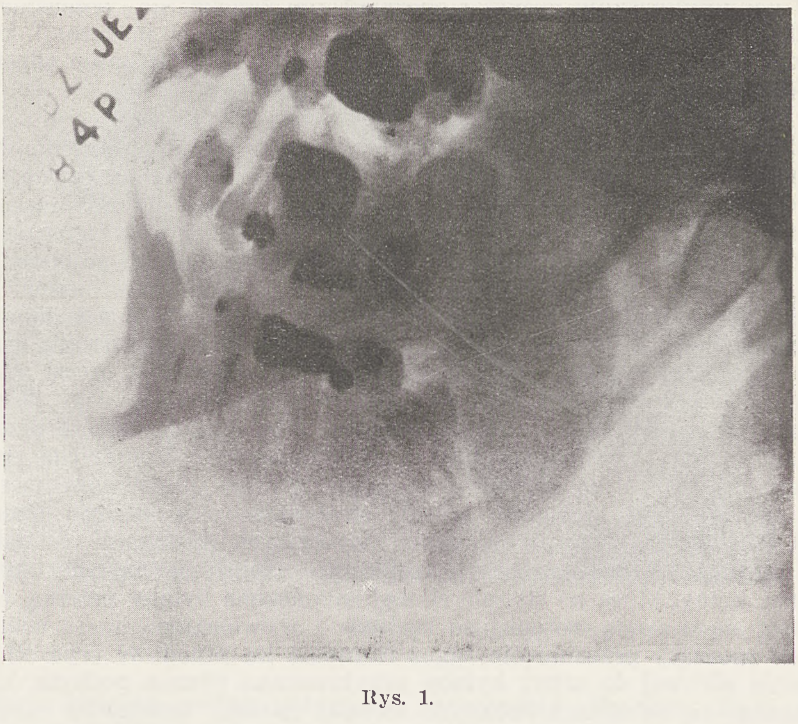
Dnia 31.X. 36 zostałem wezwany na II. oddział Chirurgiczny celem konsultacji stomatologicznej u chorego B. ż. lat 25. Chory podaje, że 2 dni przedtem dostał się pod samochód ciężarowy, którego koło uderzyło chorego w prawą połowę twarzy oraz przeszło przez prawy bark i łopatkę. Stosunkowo niewielkie uszkodzenie (złamanie łopatki) zawdzięcza chory grubemu płaszczowi. Bólu w szczęce nie odczuwał, o uszkodzeniu dowiedział się dopiero po przybyciu do szpitala. W chwili obecnej stan chorego dobry, temp. 37,5^0 (poprzedniego dnia dochodziła do 38^0), łopatka pod odpowiednim opatrunkiem ustalającym. Przystępując do badania stomatologicznego, stwierdziłem obrzmienie dość znacznych rozmiarów w okolicy prawego kąta żuchwy. Naskórek w tej okolicy wykazuje ślady otarcia. Kąt żuchwy przy dotyku bolesny. Badanie wewnątrzustne wykazuje brak zębów 8—, oraz —6. Przy szczękach zwartych zęby szczęki dolnej nie stykają się po stronie prawej z zębami górnymi, pozostaje szpara około 8 mm. żuchwa przesunięta w stosunku do linii środkowej o około 6 mm w prawo. Otwieranie ust utrudnione. W okolicy szyjki 7— wydziela się przy ucisku z pod dziąsła dość znaczna ilość ropy. Badanie dwuręczne pozwala ustalić brak ciągłości trzonu żuchwy w okolicy 8—, odcinek przedni ruchomy w stosunku do tylnego, przyczem przy poruszaniu stwierdza się charakterystyczne dla złamania kości tarcie (crepitatio). Powyższe obiawy pozwalają na ustalenie diagnozy: złamanie żuchwy po stronie prawej.

Przedstawiony równocześnie rentgenogram (rys. 1.), potwierdza rozpoznanie, ustalając przytym przyczynę braku zęba 8—: prawy ząb mądrości nie wyrżnięty — linia złamania przebiega wzdłuż jego tylnej krawędzi. Przesunięcie odcinków złamanych w stosunku do siebie dochodzi do $^3/_4$ cm.

Wobec istnienia jeszcze miejscowo ostrych obiawów pourazowych w postaci niewchłoniętego krwiaka i obrzęku, oraz procesu zapalnego wyrażającego się wydzieliną ropną, zalecono stosowanie worka z lodem na miejsce uszkodzenia. Celem unieruchomienia żuchwy, polecono sporządzenie stosowanej przy złamaniach szczęk elastycznej opaski - fundy (opaska szer. 6 cm. z wszytymi w krawędzie 2 taśmami gumowymi), która założona pod brodę, przypina się w okolicy skroni ciasno przy pomocy haftek do czapki w tym celu uszytej. Opaska ta, wywierając dzięki gumkom stały elastyczny ucisk na żuchwę, przyciska

ją do szczęki górnej i zapobiega wykonywaniu zbytecznych, a szkodliwych w tym wypadku ruchów. Opatrunek ten nie przeszkadza w przyjmowaniu pokarmów, z natury rzeczy w I. okresie gojenia złamania, papkowatych. Założenie aparatów ustalających odłożono do chwili usunięcia nie wyrżniętego zęba mądrości, który, tkwiąc w szparze złamania, stanowił przeszkodę dla powstania zrostu. Zabieg związany z usunięciem owego zęba stworzyłby warunki jakby ponownie świeżego złamania. Z zabiegiem wstrzymano się do chwili częściowego przynajmniej cofnięcia obiawów pourazowych.

Obserwacja dokonywana w ciągu dni najbliższych wykazywała zmniejszenie obrzmienie bolesności w miejscu złamania, ropienie na-



Rys. 1.

tomiast zwiększało się stopniowo, ale stale. Uważając, że czynnikiem podtrzymującym ropienie jest niewyrżnięty ząb mądrości, który jak korek zatrzymuje nagromadzającą się w szparze złamania ropę, postanowiono ząb usunąć.

Zabiegu dokonano w dniu 7.XI. 36 r. Po znieczuleniu przewodowym n. żuchwowego, przeprowadzono cięcie łukowate w przedsionku i po odsłonięciu skrobaczką płata tkanek miękkich przykrywających, ząb usunięto. Szwów nie nakładano ze względu na konieczność pozostawienia szerokiego odpływu dla ropy. Ranę lekko zatamponowano

gazą, którą polecono wieczorem usunąć. Zabieg utrudniony był z jednej strony przez niemożność szerokiego otwierania ust, z drugiej strony przez bolesność, która utrzymywała się pomimo wystąpienia typowych po znieczuleniu przewodowym obiawów ze strony n. żuchwowego.

Choremu zalecono stosowanie w dalszym ciągu lodu i opaski elastycznej oraz częste przepłukiwanie jamy ustnej wodą utlenioną.

Chory zgłosił się do kontroli po 3 dniach już jako wypisany ze szpitala, przyczym stwierdzić można było pomyślny przebieg po zabiegu — obrzmienie nieznaczne, ropy wydziela się bardzo mało. Chory przyszedł bez opaski (ze względów kosmetycznych), to też zarówno odchylenie szczęki dolnej po stronie chorej jak i przesunięcie jej w stronę chorą zwiększyło się. Zalecono wobec tego stanowczo choremu nie zdejmowanie opaski i polecono mu zgłosić się ponownie po 3 dniach, w ciągu których miano ukończyć starania w instytucji, która pokrywała koszty leczenia, o wyrażenie zgody na wykonanie odpowiedniego aparatu ustalającego.

W wyborze tego ostatniego kierowano się następującymi przesłankami: linia złamania poza zębami nie pozwala na unieruchomienie odłamków w sposób najprostszy, t. j. na nałożenie szyny ustalającej. W danym wypadku mieliśmy do czynienia z następującymi przesunięciami poszczególnych części złamanej kości: 1. ramię wstępujące po stronie chorej wykonało rotację w stawie żuchwowym ku przodowi, jako skutek pociągania przez mm. masseter i pterigoideus intern., których przyczep górny znajduje się bardziej ku przodowi niż dolny na kącie żuchwy, 2. wystąpiło opadnięcie trzonu żuchwy po stronie uszkodzonej dzięki wykluczeniu działania pociągającego ku górze mięśni żwacza i skrzydłowego wewnętrznego, których przyczep leży po większej części ku tyłowi od linii złamania; natomiast wystąpiła przewaga mięśni podżuchwowych, t. j. m. mylohyoideus i digastricus, pociągających żuchwę ku dołowi, 3. żuchwa została przesunięta na stronę chorą dzięki działaniu mięśni skrzydłowatych strony przeciwnej. Chodziłoby zatym o usunięcie powyższych dyzlokacji, co dałoby się uskutecznić następującymi środkami. Nałożenie na zęby szczęki dolnej szyny, która po stronie chorej zakończona byłaby pelotką, opierającą się o ramię wstępujące żuchwy, i wywierającą na to ostatnie ucisk znoszący przesunięcie tegoż ramienia ku przodowi (rys. 2). Po stronie zdrowej do szyny byłaby przylutowana równia pochyła, która ślizgając się po zębach bocznych szczęki górnej, ustalałaby żuchwę przy zwartych szczękach w pozycji prawidłowej w stosunku do linii środkowej. Opadanie szczęki dolnej po stronie chorej zostałoby zniesione przez zastosowanie gumek regulacyjnych naciągniętych między szyną dolną, a takąż nałożoną na zęby szczęki górnej.

Plan ten po rozważeniu zmodyfikowano, zrezygnowawszy z pelotki, wobec istnienia obok miejsca jej oparcia dużej otwartej rany. Stosowanie jej zresztą w okolicy nie przyzwyczajonej do stałego ucisku nawet przy zdrowych częściach miękkich, prowadziłoby niehybnie do odleżyny, co niejednokrotnie przy dużych nawet ubytkach kości zmusza do zaniechania stosowania tej metody reponowania (W a s s-

m u n d). Zrezygnowano tem łatwiej, że dyzlokacja była stosunkowo nieznaczna — rotacja w stawie około 3°, co nie mogło powodować widocznych zaburzeń funkcjonalnych. Wobec tego zatrzymano się na równi pochyłej i wyciągu gumkowym.

Pacjent zgłosił się w 3 dni potem, komunikując, że przez cały czas fundy nie zdejmował i nawet pokarmy przyjmował w stanie płynnym, celem nie rozwierania szczęk. Przy oględzinach stwierdzono, że dzięki uciskowi fundy i wysokim guzkom zębów, które działały jak płaszczyzny kierujące, nastąpiła całkowita repozycja odcinka przedniego kości złamanej, t. j. trzonu żuchwy. Zęby po stronie chorej zwierały się całkowicie, przesunięcie na stronę chorą pozostało jedynie w minimalnym stopniu (ok. 1 mm.). Co najważniejsze, nastąpiła kon-



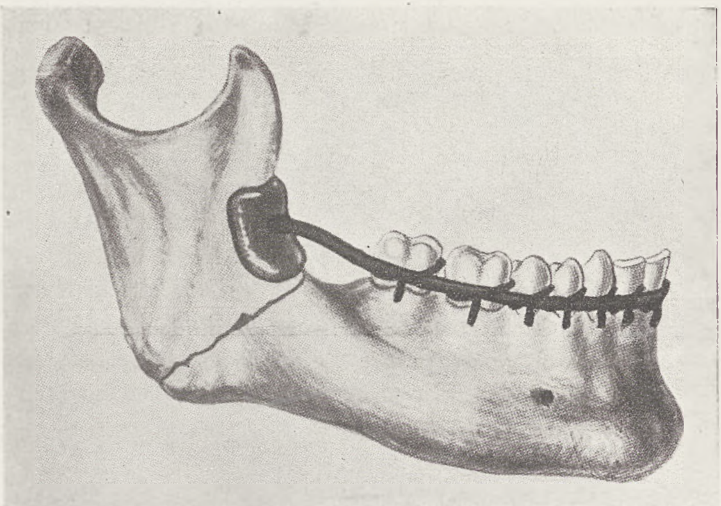
Rys. 2.

solidacja kości w postaci ustąpienia ruchomości odłamków. Rana po zabiegu wypełniona jędrną ziarniną, ropienia brak.

Wobec tak pomyślnego rezultatu działania samej fundy, postanowiono ograniczyć się jedynie do jej dalszego stosowania, zalecając przytym choremu wykonywanie ostrożnej gimnastyki oraz masaży. Po dalszych 4 dniach zdjęto fundę i polecono stosowanie energicznych ruchów. W chwili obecnej, po 2½ miesiącach pacjent żadnych dolegliwości nie odczuwa, twierdzi przytym, że nieznaczne przesunięcie, jakie pozostało w linii środkowej, musiało istnieć i przed wypadkiem, gdyż nie widzi różnicy w nagryzaniu guzków zębów. Rentgenogram (rys. 3) wykazuje stan w 4-ym tygodniu kuracji, po całkowitym skonsolidowa-

niu odłamków. Widoczna blizna w kości nie całkowicie jeszcze przepojona solami wapnia.

Tak pomyślny przebieg, pomimo komplikacji, jaką było istnienie zęba zatrzymanego, oraz procesu ropnego w okolicy złamania, zawdzięczamy szeregowi czynników. Złamanie szczęki przebiegało w obrębie przyczepów mięśni żwacza i skrzydłowatego wewn., które nie zostały rozerwane w czasie wypadku, co widać z braku większych dolegliwości w miejscu złamania. Dzięki temu mięśnie te służyły same do pewnego stopnia za środek unieruchamiający odłamki. Jedynie ich części tylne, pociągając ramię wstępujące, przesunęły je ku przodowi. Dalej zabieg usunięcia zęba mądrości udało się przeprowadzić przy



Rys. 3.

stosunkowo małym uszkodzeniu części otaczających, to też rozpoczynający się proces zrostu, jaki mimo ropienia niewątpliwie już był w toku, nie został przerwany. Możemy to twierdzić, gdyż autorowie naogół oznaczają początek konsolidacji na 2 tygodnie od wypadku (W a s s m u n d, R o m e y i P o r n o n), wtedy, gdy w naszym przypadku wystąpił całkowity brak ruchomości w 6 dni po zabiegu. Dalszym czynnikiem był niewątpliwie młody wiek pacjenta. Ważnym czynnikiem będzie sposób unieruchomienia elastycznego, które, kierując szczękę dzięki naturalnym warunkom (małe braki w uzębieniu, wysokie guzki) na swoje właściwe miejsce — nie przeszkadzało w wykonywaniu pewnych ruchów. Rola bodźców czynnościowych przy leczeniu złamań przyjęła się we współczesnej chirurgii powszechnie. Niewielka ruchomość odłamków, jaka musiała istnieć, aż do wystąpienia konsolidacji, wywierała naskutek tarcia i drażnienia w ten sposób okostnej,

też pewien dodatni wpływ (Rutkowski). Do tego samego rzędu czynników należy zalecane powszechnie stosowania masażu.

W ostatecznej konkluzii należy podnieść mało uciążliwy dla chorego system leczenia, w przeciwieństwie do metod niektórych autorów, którzy zalecają w analogicznych przypadkach zdrutowanie obu szczęk ze sobą na stałe na przeciąg około 14 dni (Romey i Pornon). Przypadek nasz jest zgodny z twierdzeniem prof. Meissnera, że najlepszą szyną są własne zęby.

Uniknięcie z pomyślnym wynikiem zbytecznych w danym przypadku, a przykrych dla pacjenta rękoczynów związanych z zakładaniem szyn pozwala na stwierdzenie raz jeszcze, że w medycynie, a w szczególności w chirurgii, ta metoda lecznicza jest lepszą, która przy mniejszej ilości zabiegów prowadzi do tych samych rezultatów.

W zakończeniu pozwolę sobie złożyć podziękowanie p. prof. Zeńczakowi za wskazówki przy omawianiu danego przypadku, oraz p. dr. Wardyńskiemu za użyczenie klisz rentgenowskich.

PIŚMIENNICTWO.

J. Rutkowski: Chirurgia 1935.

M. Wassmund: Frakturen u. Luxationen d. Gesichtsschädels 1927.

A. Romey et. A. Pornon: Fracture du maxillaire inferieur ou niveau de la dent de sagesse. Province dent. Nr. 3, 1929.

Hans Schulze: Die Fracturen des Unterkiefers auserhalb der Zahnreihen. Korresp. bl. Zahnärzte 3—5. 1930.

H. Chenet: La regeneration osseuse après perte de substance étendue du maxillaire inferieur.

R. Fleury: Histoire instructive d'une fracture du maxillaire inferieure. Revue de Stomat. Nr. 2, 1930.

———o———

Lek.-dent. Dr. M. KALISZ. *Łódź.*

Na marginesie leczenia ran w jamie ustnej.

Rana po wyjęciu zęba, jest to rana operacyjna połączona z utratą tkanki. Pg. Gottlieba i Sichera (cyt. Eulera), jest to powikłane złamanie zębodołu. Określenie tego stanu natrafia na pewne trudności, gdyż nigdzie w organizmie nie ma warunków zbliżonych do tych, w jakich osadzony jest ząb w zębodole. Specyficzne warunki osadzenia zęba pociągają za sobą odmienne warunki i po wyjęciu zęba. Duży ubytek w tkance kostnej, oraz zniszczenie tkanek zarówno twardych jak i miękkich otaczających ząb. Lecz niezależnie od specyficznych cech rany poekstrakcyjnej, chodzi przecież o wypełnienie tkanką pustego zębodołu i wytworzenie blizny kostnej, a dążymy do stworzenia warunków najlepszych dla wybudowania tejże blizny.

Ślady bujania tkanki regeneracyjnej znaleźć można już po 24

godzinach. Do tworzenia nowej tkanki kostnej przyczyniają się z jednej strony okostna i szpik kostny, z drugiej — tkanka łączna z najbliższego otoczenia. Ta ostatnia, jeżeli również została pobudzona do czynności regeneracyjnej. Momentem wywołującym do tej czynności tkankę łączną jest uraz, powodujący jej rozdarcie.

Faza pierwsza polega przedewszystkim na wytworzeniu blizny powierzchownej, która tworzy ochronę lub pokrywkę, pod którą rozwija się blizna głębsza, stopniowo wypełniająca lukę, powstałą w tkance kostnej na skutek ubytku korzenia zębowego. Całkowity proces wypełnienia ubytku w kości przez zbitą kość trwa około 6—8 tygodni.

Wyjęcie zęba powoduje krwotok, który idzie w dwóch kierunkach: krwotok z tkanki kostnej i krwotok z części miękkich. W jednej i drugiej tkance następuje zaburzenie, lecz różne co do formy. W części kostnej następuje większe zaburzenie w odżywianiu na skutek braku bocznic, które mogłyby wyrównać krążenie. Tkanka kostna więc, na skutek krótkiego nawet zaburzenia w odżywianiu tych tkanek, ulega degeneracji, szczególnie w części najcieńszych ścianek zębodołu. W częściach miękkich zaś sieć naczyń włosowatych, wyrównując krążenie, bierze na siebie rolę odżywiania tychże tkanek. Części miękkie, choć również pod wpływem urazu uległy zniszczeniu, znajdują się jednak w lepszych warunkach, w szybszym też czasie ulegają regeneracji. Wynika z tego, że pierwszy okres gojenia rany poekstrakcyjnej w warunkach normalnych odbywa się raczej na krawędzi, aniżeli na dnie.

Warstwa właściwa błony śluzowej (l. propria) składa się z krzyżujących się wiązek włókien łącznotkankowych z domieszką licznych włókien sprężystych. Sprężystość tych włókien równoważy obecność korzenia, po usunięciu którego następuje mocne ściąganie tkanek w kierunku dośrodkowym rany oraz wpuklenie tkanek do wewnątrz, w kierunku pustego zębodołu, przez co wejście do zębodołu zostaje zmniejszone. Nabłonek zaś styka się z powierzchnią skrzepu, wypełniającego pusty zębodół i na niego nachodzi, tworząc jakby zasłonę, ochronę, pod którą odbywa się czynność organizacyjna skrzepu.

Rozrost nabłonka następuje bardzo szybko. Ma to duże znaczenie dla dalszego gojenia rany. Nie mniejsze znaczenie dla tegoż gojenia ma światło wejścia do zębodołu. Im jest ono mniejsze, w tym pomyślniejszych warunkach znajduje się rana.

Dlatego też bardzo ważnym czynnikiem zakończenia każdej ekstrakcji zęba jest mocne ściągnięcie do siebie brzegów rany, czego bezwzględnie nie należy pominąć, a co powoduje zmniejszenie wejścia do zębodołu, o ważności czego wyżej było wspomniane.

Nie mniej ważnym czynnikiem, związanym z samym zabiegiem, jest oszczędzanie dziąsła. Klinicznie niejednokrotnie stwierdzić możemy nieprawidłowe gojenie się rany w jamie ustnej w pierwszym rzędzie tam, gdzie dziąsło podczas wyjęcia zęba zostało uszkodzone, a wraz z nim rozdarte włókna sprężyste, gdzie zbytnio rozszerzone zostało samo wejście do zębodołu, gdzie rana jest zbyt duża na to, aby otaczające tkanki mogły wypełnić swoją czynność. Ma to miejsce przy eks-

trakcjach wykonanych zbyt brutalnie z załapaniem części miękkich, przy dużych uszkodzeniach kości, przy ekstrakcjach połączonych z t. zw. dłutowaniem, jeżeli zabieg nie został należycie wykończony, to znaczy — rana odpowiednio zaopatrzona, o czym mowa niżej.

Rozrost nabłonka w tych przypadkach nie następuje należycie szybko i nie tworzy owej kładki, pod ochroną której mógłby się rozwijać proces organizacyjny. Sam skrzep zaś, pozbawiony osłony, jest narażony na wejście flory bakteryjnej, w jaką obfituje jama ustna i co w konsekwencji daje obraz tak dobrze nam znanej infectio thrombi.

W przypadkach, kiedy rana kostna w jamie ustnej jest zbyt duża, a połączona ze zniszczeniem tkanek otaczających ząb wyjęty, kiedy zbytnio naruszona została błona śluzowa z włóknami sprężystymi, które wówczas nie są w stanie już spełniać zadania zbliżenia brzegów rany, — już zgóry przewidzieć należy, że gojenie rany poekstrakcyjnej nie pójdzie trybem ustalonym. Zniszczone lub bardzo uszkodzone tkanki przybrzeżne nie mogą zapoczątkować procesu regeneracji na krawędzi zębodołu. W tych przypadkach znajduje się w znacznie pomyślniejszych warunkach dno zębodołu. W tym też miejscu przy rozległych ranach zaczyna się proces gojenia. Nasze zadanie polega wtedy na tym, aby ten zmieniony proces umożliwić, aby uchronić otwarty zębodół od wtargnięcia czynników zewnętrznych, aby imitować ową pokrywę, jaką w warunkach normalnych ustrój wytwarza w okolicy przybrzeżnej, a przykrywającą na dnie zębodołu wytwarzany i organizujący się skrzep. Najskuteczniejszą ochroną będzie zawsze nałożony szew, który zbliży brzegi rany, a zębodół zamknie. Niestety, brak tkanek miękkich nie zawsze umożliwia wykonanie tego zabiegu. Doświadczenie wykazało, że najlepsze usługi w tym ostatnim wypadku oddaje nam sączek gazy jodoformowej lub vioformowej założony do otwartego zębodołu. Założony sączek nie powinien wypełniać całego ubytku, jego rolę ograniczyć powinno się do zewnętrznego jakoby korka, a więc założony winien być tylko do wejścia rany, nigdy do samego dna; winien leżeć luźno, a nie być upychany. Założony zbyt głęboko lub zbyt szczelnie, drażni tkanki, nie dając oczekiwanego efektu. Sączek zmieniamy kilka razy, co 24 lub 48 godzin, aż wygląd rany nie jest zadawalający.

PIŚMIENNICTWO.

E u l e r: Die Heilung von Extraktionswunden. D. M. f. Z. 1923.

K a l i s z: Słów kilka o t. zw. dolores post extractionem. Przegl. Dent. 1929.

L i n d e m a n: D. M. f. Zhlk. 1928.

M e y e r: Die Heilung v. Extraktionswunden unter abnormen Verhältnissen Z. f. St. 1924.

S z y m o n o w i c z: Podręcznik histologii i anatom. mikroskopowej. 1921.

Lek.-dent. MICHAŁ LANGLEBEN. Mława.

Ogniskowe zakażenia z jamy ustnej.

Nauce o zakażeniu ogniskowym pochodzącym z jamy ustnej, poświęca się już w wielu klinikach należytą uwagę, na jaką dziś zasługuje. Zrozumiano słusznie, że ta kwestia nie jest tylko czysto lekarską sprawą, ale w wyższym jeszcze stopniu społeczną i ekonomiczną i, że możnaby uniknąć dotkliwych szkód wyrządzanych zdrowiu ludzkiemu. Skarb państwa nie traciłby kolosalnych sum, gdyby ogniska infekcyjne zębowe we właściwym czasie rozpoznawano i usuwano. Gins podkreśla, że nauka o zakażeniu z jamy ustnej już dawno wykroczyła poza ramy teoretycznych rozważań, ale posiada dziś przedewszystkim praktyczne znaczenie, zarówno dla stomatologa, klinicysty, czy też bakteriologa. Wedle E. Behrenrotha dobrze się w tej sprawie wyraziło angielskie ministerstwo zdrowia: „połowa wszystkich reumatycznych schorzeń bez zmian w stawach, pochodzi z chorych zębów, a także w wielu przypadkach przewlekłych zapaleń stawów uzębienie winne jest powstania i podtrzymywania ognisk chorobowych (cyt. Precht)". W ostatnich latach dzięki ścisłej współpracy z klinikami, mieliśmy okazję w niezliczonych przypadkach ciężkiego gośćca stawowego, wtórnej niedokrwistości, zapalenia wsierdzia, zapalenia tęczówki, a przede wszystkim w przypadkach miesiącami trwających stanów podgorączkowych przez radykalne wkroczenie, niekiedy w najkrótszym czasie doprowadzić do stanu prawidłowego; udawało się to nawet w przypadkach napozór zupełnie beznadziejnych, w których stomatolog był ostatnią deską ratunku. Dziś nie zdarza się już w naszych klinikach, aby w wątpliwych przypadkach wzywano nas dopiero w ostatniej chwili, albowiem wszyscy są dostatecznie przekonani o możliwości dalekiego rozprzestrzeniania się ognisk z jamy ustnej i o skuteczności ewentualnej, szybkiej pomocy dentystycznej.

G. V. Bergman uważa, za zupełnie naturalne, ażeby zgodnie z dzisiejszymi wiadomościami, we wszystkich niewyjaśnionych infekcyjnych schorzeniach, były zbadane jaknajtroskliwiej zęby na obecność ziarniniaków. W podobny sposób wypowiadają się: Gins, V. d. Osten-Sacken, Weski i i. Wassmund podkreśla, że schorzenia korzeni zębowych przedstawiają także trwałe niebezpieczeństwo miejscowe dla pacjentów. Dowodzą tego tysiące przypadków, które są leczone rok rocznie w klinikach stomatologicznych i oddziałach chirurgicznych, z których niemała ilość prowadzi do śmierci.

Cały szereg kierowników szpitali, których prosiłem o wypowiedzenie się w tej sprawie, dochodzi do podobnych wniosków. Jak mi doniesiono, w tych szpitalach, które posiadają własną placówkę dentystyczną, jest samo przez się zrozumiałe, aby we wszystkich niewyjaśnionych infekcyjnych schorzeniach, czy to będzie ogólne zakażenie (sepsis), czy w przypadkach polyarthritis, nephritis, stanów podgorączkowych, psychicznych i nerwowych zaburzeń, pewnych chorób skóry, bólów głowy i całego szeregu innych spraw, chory był badany

przez szpitalnego stomatologa; inne szpitale korzystać winny w odpowiednich przypadkach ze specjalnie zaangażowanych lekarzy dentystów. Istnieje jednak jeszcze całkiem pokaźna ilość szpitali, które tę dziedzinę medycyny traktują po macoszemu. Pocieszającym jest to, że w ostatnich czasach uzyskuje sobie nowa nauka, chociaż powoli, ale zdecydowanie prawo obywatelstwa. G u t z e i t sporządził w Klinice Wewn. Uniw. Wrocławskiego liczbowe zestawienia dotyczące skutków leczenia stomatologicznego w przypadkach chorób ogólnych. Na 1000 chorych połowa została wyleczona, a w 25% uzyskano poprawę — 25% żadnej poprawy nie wykazało. W 75% więc uzyskano pomyślne rezultaty. Więcej, aniżeli te dane statystyczne, mówią nam osobiste doświadczenia przy obserwacji takich chorych, u których często jest się świadkiem niezmiernie szybkiej poprawy po wyleczeniu zębów. Szczególnie wybitnie występuje to u chorych na serce, zwłaszcza w ciężkich dolegliwościach anginoidalnych, także u starszych osób (60 lat) i więcej.

Uważa się za dowiedzione, że uzębienie może stanowić wrota zakażenia infekcji gruźliczej zarówno pierwotnej, wtórnej i dalszej. Możliwość wtórnej i trzeciorzędnej infekcji uznawano dawniej, ale w pierwotną wątpiono. B i c h l m a y r ostatnio wykazał, że pierwotne zakażenie tu nie jest tak rzadkie, jak się przyjmuje, mimo, że wtórna i trzeciorzędna infekcja częściej występują. Wywody wspomnianego autora, poparte pokaźną literaturą, wykazują całkiem wyraźnie, że spróchniałe zęby i śluzówka jamy ustnej muszą być uznane za punkt wyjścia dalszej infekcji gruźliczej. Uzębienie odgrywa więc w zakażeniu gruźliczym bardzo doniosłą rolę. B i c h l m a y r stawia więc żądanie, aby u nas, podobnie jak w Ameryce, wykształcić siostry szpitalne w sztuce pielęgnowania zębów i jamy ustnej.

W sprawie wynajdywania ognisk chorobowych trzeba sobie powiedzieć, że diagnoza ścisła, bez zarzutu, dziś jeszcze jest niemożliwa. Musimy przyznać, że nasze metody są do tego celu niewystarczające. Tą sprawą szczególnie zajmowali się ostatnio między innymi: G i n s, v. d. O s t e n - S a c k e n, W a s s m u n d i i. Zdjęcia rentgenowskie są niezmiernie ważne. Często znajduje się przy ich pomocy ukryte ogniska w szczękach, szczątki korzeni, torbiele i. t. d. Trzeba jednak przyznać, że mimo pozytywnego rezultatu rentgenowskiego, badanie bakteriologiczne może wykazać zupełną jałowość. Naodwrót — i to jest bodaj, że ważniejsze — istnieje bardzo wiele ognisk mimo ujemnego wyniku rengenowskiego. Dla prowokacji klinicznie drzemiących ognisk poleca W e i n b e r g, jako metody mechaniczne, żucie szczególnie twardych pokarmów, nawiercenie świderkiem plomby, a w końcu cięcie skalpelem w okolicy wierzchołka zęba. Niekiedy chemiczne metody mają wywołać reakcje godne uwagi, tak np. zapendzlowanie analgitem.

Podana przez E r n e s t a M a y e r a metoda prowokacyjna przy pomocy naświetlania promieniami o dużej częstotliwości jest znana od wielu lat i wygodna do przeprowadzenia.

Oznaczenie szybkości opadania krwinek i zmiany w obrazie krwi

(przesunięcie w lewo) uważa Schylling za nieodzowne. Za mało dziś jeszcze uwzględnia się ten fakt, że te martwe zęby powinny być najbardziej podejrzane, których korzenie nie są wypełnione aż do foramen apicale.

Bardzo ważną rolę w wynajdywaniu ognisk zębowych odgrywa dokładne zbadanie okolic poszczególnych wierzchołków. Właściwościom regionalnych gruczołów pod dolną szczęką trzeba więcej uwagi poświęcić, aniżeli dotychczas czynią: wielkość, konsystencja i wrażliwość na ucisk daje bardzo cenne wskazówki.

Przytoczę teraz trzy typowe przypadki z praktyki:

1. Kobieta l. 33. Diagnoza: zapalenie woreczka żółciowego. Dotychczas zdrowa. Od 3-ch dni oprócz bólów w podlkuszu, wyjątkowo zmęczona i wyczerpana, prócz tego ciągłe bóle głowy. Pacjentka została przysłana mi przez internistę, celem wykrycia ew. ognisk zębowych. Podała, że od lat nie miała bólów zębów. Jama ustna robi wrażenie jako tako pielęgnowanej, uderzająco dużo martwych zębów. Zastosowano metody prowokacyjne (diatermia sollux). Po trzech dniach pacjentka zauważyła, jak się sama wyraża: „niesamowity związek między jej aparatem żucia, a całym organizmem". Domagała się natychmiastowego usunięcia odnośnych ognisk. Zgodziłem się z jej stanowiskiem i usunąłem odpowiednie zęby, oraz szeroko otworzyłem zębodoły, przyczem usunąłem jedną torbiel. Rany tamponowałem. Nazajutrz, z samego rana, dzwoni do mnie pacjentka, że czuje się „jak nowonarodzona", po dwóch tygodniach ustąpiły na stałe wszystkie dolegliwości.

2. Chłopec 8 lat. Diagnoza endocarditis acuta, cierpi także od kilku tygodni na nawracające stany podgorączkowe. Wyjątkowo źle utrzymana jama ustna z zepsutymi zębami mlecznymi, nawet cztery stałe zęby trzonowe, które źle były zaplombowane, nie mogły zostać zachowane, przyczym dwa z nich zawierały przetoki. Po usunięciu wszystkich chorych zębów i dokładnym łyżeczkowaniu, dolegliwości sercowe, temperatura, stały się prawidłowymi.

3. Dziewczyna 17 lat. Diagnoza. Przewlekły reumatyzm stawowy. Bardzo dobrze utrzymane uzębienie. Prócz obu górnych siekaczy wszystkie zęby żywe, skutkiem długoletniego zawodowego obgryzania nitek (krawcowa), obumarła miazga siekaczy. Zęby niebolesne. Po dokładnym leczeniu korzeni nieco ustąpiły dolegliwości reumatyczne, przyczym w lewym siekaczu trzeba było dokonać rezekcji wierzchołka. Po dwóch tygodniach dolegliwości całkiem ustąpiły.

Nie omieszkam również donieść, o moich niepowodzeniach, z których można się więcej nauczyć, aniżeli z troskliwie wyłuskanych „przypadków reprezentacyjnych".

1. Mężczyzna l. 28. Diagnoza. Nephritis chronica. Stan uzębienia: tylko trzy przednie i pięć trzonowych (korzenie). Wyjątkowo w złym stanie, ani jeden żywy ząb. Rentgenologicznie stwierdza się zmiany przy wszystkich korzeniach, wszystkie zęby bolesne na ucisk, wszystkie korony zębów przynajmniej do połowy zniszczone. Po pierwszym spojrzeniu powiedziałem sobie, „zupełne usunięcie", gdyż leczenie zachowawcze tu pod żadnym pozorem nie było wskazane. Prócz tego mia-

łem niepłonną nadzieję, że przez usunięcie tak wielkiej ilości ognisk przywierzchołkowych, zapalenie nerek zostanie wyleczone. Internista, który do mnie skierował chorego, był podobnego zdania, po zapoznaniu się ze zdięciami rentgenowskimi. Ponieważ pacjent od dawna nosił się z myślą usunięcia sobie zębów, przystąpiłem do ekstrakcji. Okazało się, że zęby były jeszcze mniej wartościowe, aniżeli wynikało ze zdięć. Gojenie nastąpiło szybko i normalnie. Oczekiwaliśmy przez dni i tygodnie na poprawę nephritis — ale napróżno. Przypadkowo wykryłem któregoś dnia powiększenie migdałków. Przekazałem chorego laryngologowi, który natychmiast dokonał wyłuszczenia migdałków. Nastąpiło błyskawiczne wyleczenie zapalenia nerek.

2. Kobieta l. 30. Diagnoza. Podostry reumatyzm. Mimo młodego wieku tylko jeden własny i martwy ząb w szczęce górnej (drugi przedtrzonowiec), który od lat zawiera przetokę. Pacjentka domaga się kategorycznie usunięcia zęba, gdyż dokucza jej podczas napadów reumatycznych. Ząb ten usunąłem. Reumatyczne dolegliwości pozornie przeszły, ale po trzech dniach wróciły w silniejszej formie. Stan w szczęce dolnej bez zarzutu, same żywe zęby, niema paradentozy. Ektrakcja w ogólnym cierpieniu nie sprawiła polepszenia. Po wielu błędnych diagnozach kilku lekarzy zdecydowało się wreszcie na „appendicitis subacuta“, podięta operacja usunęła istniejący reumatyzm. Można byłoby jeszcze więcej przytoczyć podobnych przypadków, które „pod kątem widzenia stomatologicznym ujemnie wypadły, sądzę jednak, że te dwa wystarczą“. Zbyt gorliwym poszukiwaczom ognisk zębowych trzeba przypomnieć o innych formach ogniskowego zakażenia (migdałki, wyrostek robaczkowy, trąbka, gruczoł krokowy i t. d.), aby ich nie przeoczyli.

Z drugiej strony należy domagać się równouprawnienia dla uznanych w ostatnich dopiero czasach zębowych ogniskowych zakażeń, nie wystarcza już dziś, aby lekarz-dentysta zajmował się tylko estetyczną i czynnościową stroną narządu żucia, musi on przede wszystkim rozpoznawać szkodliwości infekcyjne i im zapobiegać. Do tego potrzeba, aby się spełniło wymaganie wyrażone przez v. d. O s t e n - S a c k e n: „lekarz dentysta musi posiadać pewne minimum wiadomości lekarskich, zaś lekarz-praktyk nieco więcej, aniżeli „wyobrażenia dentystyczne“, aby mógł ocenić wagę dentystycznej współpracy.

Niektórych pacjentów trudno będzie przekonać, że zęby ze zmianami przywierzcholkowymi, które przez długie lata były niebolesne i pozornie zupełnie zdrowe, nagle skutkiem „osłabienia odporności organizmu“ na nowo bez miejscowego bólu przepuszczają bakterie i ich toksyny do krwi i limfy i stąd wywierają swoje szkodliwe działanie w innych narządach.

Opór pacjentów będzie tym większy, i trudniejszy do pokonania, jeśli na krótko przedtym zdobyli się na znaczniejszy wydatek na rzecz koron i mostków i gdy kategorycznie się żąda usunięcia tych cudów protetycznych w imię zachowania zdrowia, w tym względzie potrzebna jest jeszcze praca uświadamiająca. Znaczenie zmian chorobowych zębów, które należy uważać być może za największą plagę ludzkości,

jest jeszcze niedoceniane. Trzeba podkreślić, że w ostatnich dziesiątkach lat wzrosło znaczenie próchnicy z jej następstwami, paradentozy — podobnie jak sprawy rakowej.

Leczenie zębów w przyszłości będzie musiało pójść zupełnie innym torem, będzie musiało w o wiele większym stopniu liczyć się z całością organizmu i wpływać nań. Stosowane dziś metody tylko miejscowego załatwienia spraw zębowych, możnaby nazwać słusznie łataniem, wysoce nas niezadawalającym. Trzeba będzie wynaleść metody, aby prócz miejscowych dolegliwości usunąć pacjentowi usposobienie do próchnicy i paradentozy. Tu odgrywają rolę profilaktyka, właściwe odżywianie, kwestia chleba, odpowiedni tryb życia, zmiana naszych przyzwyczajeń i inne.

Reasumując, trzeba powiedzieć, że w naszych czasach należy dobitnie podkreślić konieczność współpracy lekarzy z lek.-dentystami w szpitalach, zwłaszcza, że kwestia ogniskowych zakażeń zębowych, nie jest tylko sprawą lekarską, ale także społeczną i gospodarczą i przez usunięcie w odpowiednim czasie miejscowych ognisk mogłyby nasze socjalne instytucje i tak kulejące być znacznie odciążone.

PIŚMIENNICTWO.

H. A. Gins: Zahnärztl. Rdsch. 1933—13.

E. Behrenroth: Med. Welt. 1935, 1002. (Kranz. Klin. Zahneilkunde München: J. Lehman 1934).

M. Wasmund: ZBL. Chir. 1935 — 2161.

Gutzeit: Klin. Wochschr. 6.XI. 35 r.

Schilling: Blutbild und klin. Verweltung. Dtsch. Zahnärztl. Wochenschr. 1936/469.

Mayer: Zahnärztl. Rundsch. 1933—10.

Bichlmayer: Dtsch. Tbc. Blatt. 1935, 163.

V. d. Osten-Sacken: Dtsch. zahnärztl. Wschr., 1933—103.

———o———

Z Kliniki Dentystyki Zachowawczej Akademii Stomatologicznej.
(Kierownik: Doc. Dr. KONRAD SZEPELSKI).

Lek.-dent. JADWIGA BOBIŃSKA-LEMAŃSKA. *Warszawa.*
St. asyst. Katedry Dentystyki Zachowawczej A. S.

Kurs fantomowy dentystyki zachowawczej.

(Ciąg dalszy)

Rozdział III.

Wyjaławianie.

W jamie ustnej panują sprzyjające warunki dla wszelkiego rodzaju bakterii chorobotwórczych. Znajdują się one na śluzówce, w ślinie, na powierzchniach zębów oraz w ogniskach chorobowych zębów. Wskutek powyższego ręce operatora oraz instrumenty, którymi

się posługujemy, stają się przenośnikami bakterii. Z tego względu należy stosować środki bakteriobójcze, aby ręce oraz instrumenty były całkowicie jałowe przed przystąpieniem do zabiegu przy pacjencie. Obowiązkiem lekarza jest przed i po każdym zabiegu myć gruntownie ręce w ciepłej wodzie, przy użyciu mydła i szczoteczki.

Instrumenty sterylizuje się kilkoma sposobami. Najczęściej używany, bardzo dobry i najmniej kłopotliwy sposób, to gotowanie instrumentów w ciągu 10—15 minut w 1—2% rozczynie z sodą. Znaczenie bakteriobójcze ma tylko temperatura, sodę zaś stosuje się celem zapobieżenia procesowi oksydacji, któremu bardzo łatwo podlegają instrumenty metalowe. J a r z ą b (jałowe przechowywanie strzykawek i podręcznych narzędzi dentystycznych, „Przegl. Dentyst." Nr. 1. z 1931 r.), zaleca odkażanie i jałowe przechowywanie instrumentów w płynie formalinowym z boraksem według recepty: boracis 15, formalini 20, aqu. destill. 1.000. W płynie tym drobnoustroje giną po 5 minutach, a instrumenty mogą być w nim przechowywane jałowo aż do najbliższego użycia.

Temu sposobowi sterylizacji nie podlegają nerwociągi, ponieważ są zbyt delikatne, pokrywają się rdzą i wskutek tego łatwo się łamią. Dlatego też przed użyciem zanurzamy je w środku dezynfekcyjnym, a po jednorazowym użyciu wyrzucamy jako bezużyteczne.

Inaczej również sterylizować się winno prostnicę i kątnicę, które składają się z bardzo delikatnych części, wrażliwych i łatwo ulegających zniszczeniu w zetknięciu z wodą.

Niektórzy lekarze zalecają prostnicę i kątnicą gotować w oleju, lecz ten rodzaj sterylizacji jest bardzo nieprzyjemny dla pacjenta ze względu na przykry posmak, jaki nabywają instrumenty.

Daleko lepszym sposobem sterylizacji jest gotowanie części składowych wiertarki w parafinie, podgrzanej do 360°. Dla wzmożenia siły dezynfekcyjnej parafiny można dodać 2% tymolu.

Ślinochrony i inne przybory z gumy sterylizuje się na sucho. Sterylizację suchą przeprowadzamy w metalowych puszkach, w których temperaturę doprowadzamy do 100—150° przy pomocy płomienia gazowego lub przy pomocy prądu elektrycznego.

Obowiązkiem lekarza jest nie tylko wyjałowienie instrumentów, ale również dbałość o utrzymanie w stanie aseptycznym całego otoczenia. Pierwszorzędnym tego warunkiem jest bezwzględna czystość, leży to w interesie pacjentów, których w ten sposób chronimy od wzajemnego przenoszenia zarazków chorobotwórczych, jako też w interesie operatora, który musi się zabezpieczyć przed infekcją. Dlatego też nakładamy na uczestników kursu ćwiczeń fantomowych obowiązek zachowania prawideł aseptyki, (czyste fartuchy lekarskie, sterylizacja narzędzi, mycie rąk przed zabiegiem i t. d.), aby zabiegi dezynfekcyjne, narazie wyrozumowane, uczynić wprost nałogowymi.

Rozdział IV.

Badanie jamy ustnej.

Jak wspomnieliśmy w rozdziale o sterylizacji, w jamie ustnej panują bardzo korzystne warunki dla rozwoju wszelkiego rodzaju bakterii. W jamie ustnej bakterie znajdują wybitnie dobre podłoże rozwojowe z uwagi na odpowiednią temperaturę, wilgotność i sprzyjające warunki odżywiania. Bakterii tych nigdy usunąć się nie da, żyją one i rozwijają się nawet przy całkowicie dobrym stanie jamy ustnej i zębów.

Racjonalna pielęgnacja zębów czasowo zmniejsza siłę destrukcyjnego oddziaływania mikroflory na stan zębów, wobec jednak znanej krótkotrwałości okresu inkubacyjnego bakterii, w szybkim czasie redukują się skutki dezynfekcyjne oczyszczania zębów.

Pomijając drobiazgową etiologię chorób zębów, musimy tutaj ogólnie powiedzieć, że bakterie atakują w pierwszym rzędzie narażone na bezpośrednio zetknięte z nimi twarde tkanki zębów, oraz powtóre, że predylekcyjnymi miejscami rozwoju chorób zębów są te miejsca, które dają najkorzystniejsze warunki dla egzystencji mikroflory.

Miejscami takimi będą:

1) miejsca, w których zatrzymują się resztki pokarmowe;
2) powierzchnie żujące zębów, które wskutek mechanicznego oddziaływania najszybciej pozbywają się szkliwa;
3) miejsca trudno lub zupełnie niedostępne dla czynności pielęgnacyjnych (okolice przyszyjkowe, styczne).

Uwagi te odrazu nadają kierunek pierwszemu badaniu stanu uzębienia. Musimy zatem starannie przejrzeć kolejno każdy ząb z osobna, posługując się zgłębnikiem i lusterkiem. Lusterko trzymamy w lewej ręce, kciukiem i palcem wskazującym, zgłębnik w prawej ręce, kciukiem, palcem środkowym i wskazującym, którym wywieramy na zgłębnik ucisk. Miejsca dotknięte procesem chorobowym są znacznie ciemniejsze od miejsc zdrowych. Ponieważ ściemnienia mogą być przypadkowe, np. od resztek pokarmowych, kamienia nazębnego i t. d., musimy zgłębnikiem wypróbować, czy ściemnienia te nie dadzą się usunąć. Zgodnie z poprzednim ustępem, szczególnie baczną uwagę zwracamy na miejsca predylekcyjne bakterii. Przeszukujemy przy pomocy zgłębnika wszelkie brózdy, u pacjenta lekko odchylamy dziąsła, aby zbadać, czy ewentualnie w okolicy przyszyjkowej nie kryje się schorzenie. Rzucamy przy tym refleks od lusterka na odpowiednie powierzchnie styczne.

W razie, jeśli zęby w zgryzadle są ustawione tak ciasno, że zgłębnikiem nie możemy zbadać stanu powierzchni stycznych, postępujemy analogicznie, jak w naturalnych warunkach jamy ustnej, a więc pomiędzy powierzchniami stycznymi sąsiednich zębów przeciągamy rozciągniętą nić jedwabną, która — gdy pęknie — daje znak, że szkliwo jest uszkodzone i ostre brzegi ubytku przerwały nić.

Zazwyczaj jednak zęby w zgryzadłach nie są osadzone tak ściśle, aby uniemożliwić zbadanie powierzchni stycznych, gdyż w zgryzadłach nie da się stosować separacji, która jest możliwa u pacjenta.

Po ustaleniu drogą optycznej wizji stanu uszkodzeń zębów, opracowujemy plan ich renowacji. Oczywiście plan ustala prowadzący ćwiczenia fantomowe, gdyż studiujący musi przejść kurs zabiegów etapami, wskazanymi przez względy pedagogiczne, gdyż lekarz u pacjenta stosuje się przede wszystkim do wymagań lekarskich i musi w pierwszym rzędzie zlikwidować sprawy ostre.

Rozdział V.

Choroby twardych tkanek. Ubytki.

Na skutek destrukcyjnego działania bakterii, lub może innych przyczyn, następuje w zębach proces próchnicowy, prowadzący w końcowym rezultacie do zniszczenia zęba. Powstaje wówczas ubytek.

Zadaniem lekarza jest:

1) zlokalizowanie i zlikwidowanie procesu rozpadowego;
2) przywrócenie zębowi pełnej zdolności do wykonywania funkcji fizjologicznych.

Klasyfikacja ubytków.

Ubytki próchnicowe w zależności od ich umiejscowienia dzielimy według Pichlera na pięć klas.

Klasa I-sza.

Ubytki we wgłębieniach i bruzdach na powierzchniach żujących zębów trzonowych i przedtrzonowych.

Klasa II-ga.

Ubytki powierzchni stycznych zębów trzonowych i przedtrzonowych.

Klasa III-cia.

Ubytki powierzchni stycznych siekaczy i kłów w wypadkach, w których nie zachodzi potrzeba odtwarzania brzegu siecznego.

Klasa IV-ta.

Ubytki powierzchni stycznych siekaczy i kłów w wypadkach, gdy zachodzi konieczność odtworzenia brzegu siecznego.

Klasa V-ta.

Ubytki okolic przydziąsłowych na powierzchniach językowych i policzkowych, ewentualnie wargowych.

Formowanie ubytków.

Ubytki, bez względu na przynależność ich do tej czy też innej klasy, musimy doszczętnie oczyścić z próchnicowej zębiny i stworzyć

takie warunki, aby założone wypełnienie odtworzyło poprzedni stan zęba i jego funkcjonalne właściwości.

Fragmenty tej pracy są następujące:

1) stworzenie zarysu ubytku,
2) stworzenie największej wytrzymałości wypełnienia,
3) umocowanie wypełnienia,
4) ostateczne uformowanie ubytku,
5) doszczętne usunięcie próchnicowej zębiny,
6) opracowanie krawędzi ubytku,
7) ostateczne oczyszczenie ubytku.

1) Stworzenie zarysu ubytku polega na usunięciu podminowanego próchnicą szkliwa i rozmiękczonej zębiny. W ten sposób stwarzamy ogólny kontur opracowywanego ubytku, który w dalszym przebiegu pracy ulegnie pod względem objętościowym już tylko nieznacznym zmianom.

2) Na wypełnienie przy akcie żucia działa siła, wobec czego podstawę wypełnienia, a więc dno ubytku, musimy ukształtować tak, aby działająca równolegle do osi zęba siła uciskowa działała jak najmniej rozsadzająco na ubytek. Cel ten osiągamy przez stworzenie w ubytku dna płaskiego z prostopadłymi doń ściankami. Nie w każdym ubytku dno można w ten sposób uformować. Wypadki odmienne omówimy przy formowaniu ubytków poszczególnych klas.

3) Zależnie od tego, z jaką klasą ubytku mamy do czynienia, musimy nadać ubytkowi taki kształt, aby uniemożliwić wypadnięcie z ubytku materiału wypełnieniowego. Proces tworzenia takich warunków nazywamy umocowaniem wypełnienia.

4) Ostateczne uformowanie ubytku polega na stworzeniu nadzwyczajnych, dodatkowych punktów zaczepu, dyktowanych specjalnie trudnymi warunkami dla utrzymania się w danym wypadku wypełnienia.

5) Przy usuwaniu doszczętnym próchnicowej zębiny operator musi zwracać baczną uwagę na to, aby w ubytku nie pozostał ani jeden punkt ciemny, któryby w przyszłości mógł być punktem wyjścia wtórnej próchnicy.

6) Przy opracowywaniu krawędzi ubytku musimy usunąć nawisające, poszarpane brzegi szkliwa, które są pozbawione zębiny jako podstawy i przeto po założeniu przy akcie żucia mogą odprysnąć. Po odpryśnięciu szkliwa między ścianką zęba a wypełnieniem powstaje wolna przestrzeń, w której zatrzymują się resztki pokarmowe i fermentują, w konsekwencji czego rozwija się wtórna próchnica.

7) Ostateczne oczyszczenie ubytku z opiłek uskuteczniamy przy pomocy dmuchawki oraz środka dezynfekcyjnego, którym przesycamy tamponik waty.

Klasa I-sza.

Ubytki w bróździach powierzchni żującej mają najczęściej kształt lejka, którego szeroka podstawa jest zwrócona ku zębinie, a otwór wejściowy znajduje się na powierzchni żującej. Szkliwo podminowane próchnicą i nawisające nad ubytkiem usuwamy ręcznie przy pomocy noży szkliwnych albo wierteł w kształcie szczelinowca, jak również przy pomocy kamieni karborundowych.

Ważne jest to, aby—o ile mamy ubytek w bróździe, wyświdrować go jaknajszerzej wzdłuż brózd, wyrównywając brzegi, ażeby plomba założona do ubytku, szczelnie przylegała. W przeciwnym razie w nierównych brzegach brózdy resztki pokarmowe zalegałyby i w przyszłości mogłaby powstać wtórna próchnica.

Aby ubytek dał gwarancję utrzymania plomby, ścianki muszą być prostopadłe do dna, a lepiej jeszcze, gdy średnica wejścia do ubytku będzie mniejsza niż średnica dna, gdyż wtedy plomba w ubytku jest jakby wklinowana i daje całkowitą pewność utrzymania. Dno ubytku powinno być równe i gładkie, a to uzyskujemy, używając wierteł w kształcie odwróconych stożków.

Ostatecznym przygotowaniem ubytku do wypełnienia jest wykończenie jego brzegów przy pomocy dłuta szkliwnego tak, aby pryzmaty szkliwa były ścięte pod kątem rozwartym do długiej swej osi. Zamiast dłuta można według Pichlera użyć końcownika cylindrycznego z płaskim dnem. Użycie końcownika okrągłego nie odpowiada celowi, gdyż wtedy otrzymujemy brzegi zaokrąglone.

Gdy ubytki są zbyt blisko miazgi, to przy formowaniu dna płaskiego możemy zranić miazgę, czego za wszelką cenę powinniśmy unikać. Dlatego też dno płaskie robimy przy samych ściankach, a nad rogami miazgi zostawiamy dno lekko zaokrąglone. Jeżeli nad miazgą w zębie żywym jest tylko cienka warstwa zdrowej zębiny, to wskazane jest w celu zachowania miazgi przy życiu założyć opatrunek z lekko dezynfekcyjną wkładką na przeciąg paru miesięcy, a gdy się utworzy wtórna zębina, ubytek dokładnie oczyścić, a następnie wypełnić materiałem plombowym.

Tak formujemy ubytek do wypełnień z cementu fosforowego krzemowego i amalgamatów. Do wkładek złotych kutych ubytek musi posiadać ścianki nieco rozbieżne w kierunku powierzchni żującej.

Klasa II-ga.

Ubytki II-iej klasy umiejscawiają się najczęściej bliżej dziąsła i nigdy nie można do nich dojść bez częściowego choćby usunięcia powierzchni żującej. Przenosimy zatem ubytek z powierzchni stycznej na żującą i rozszerzamy wzdłuż brózd, robiąc punkty zaczepu w kształcie schodka. Przenoszenie ubytku z powierzchni stycznej na żującą dokonywamy przy pomocy wierteł szczelinowych.

Przy opracowywaniu ubytków na powierzchniach stycznych u pacjentów mamy niekiedy do czynienia z krwawieniem i przerostem dziąsła, które przy opracowywaniu i formowaniu ubytku bardzo nam przeszkadza. Należy najprzód dziąsło wypalić, ubytek osuszyć i wypełnić miękką gutaperką. Gutaperkę nagrzewamy nad płomieniem lampki spirytusowej i w ubytku upychamy tak, aż dziąsło zbieleje. Na przyszły seans dziąsło będzie zadowalająco odciśnięte i warunki pracy łatwiejsze.

Przy oczyszczaniu ubytków II-iej klasy należy zęby separować, aby przy późniejszym oszlifowaniu plomby nie zniszczyć punktu stycznego. Separację można zastosować powolną albo natychmiastową.

Odtwarzając ścianki zęba, należy kłaść ogromny nacisk na punkty styczności w celu ochrony brodawki międzyzębowej.

Punkt styczności według Pichlera musi odpowiadać trzem zasadniczym wymaganiom:

1) być mocnym, aby pokarmy nie mogły się przez niego przecisnąć;
2) mieć jeden punkt styczności, aby nie tworzyć przestrzeni retencyjnej dla pokarmów i
3) mieć gładkie powierzchnie, aby pokarmy nie mogły się na szorstkowatościach zatrzymywać.

Brak punktów styczności może powodować ucisk na brodawkę międzyzębową i drażniąc ją, doprowadzić do poważnych schorzeń okołozębowych oraz niemożności żucia na daną stronę.

Przy ubytkach II-iej klasy często stosujemy schodek, a to w tym celu, aby uniknąć wejścia do komory i dewitalizowania miazgi.

Stosując ubytek schodkowy, należy zwracać baczną uwagę na to, aby ścianki ubytku były dość mocne, to znaczy, by szkliwo posiadało za podstawę zębinę, gdyż w przeciwnym razie zarówno ścianka zęba jak i plomba mogłyby odprysnąć.

Krawędzie ubytku opracowujemy w ten sam sposób, jak przy klasie pierwszej, z tą tylko różnicą, że zamiast końcowników Pichler radzi używać krążków z papieru szmerglowego, które są cieńsze i łatwiej wchodzą w przestrzeń międzyzębową. Gdy ścianki ubytku są zbyt słabe, to lepiej je usunąć, gdyż mocna plomba jest lepsza, niż słaba ścianka zęba.

Jeżeli guzek antagonisty naciska zbyt mocno na najcieńsze miejsca plomby, to trzeba go nieco oszlifować, aby plomba nie odprysła.

Przy wkładkach złotych ścianki ubytku muszą być lekko rozbieżne w kierunku powierzchni żującej, podczas gdy przy plombach amalgamatowych dopuszczalna jest lekka rozbieżność w kierunku dna ubytku.

Nierzadko przy ubytkach II-iej klasy zachodzi taki wypadek, że próchnica w danym zębie obejmuje obydwie powierzchnie styczne, wtedy celem uniknięcia zranienia miazgi możemy zastosować ubytek dwustronny schodkowy.

Klasa III-cia.

Ubytki III-iej klasy mają kształt prawie że trójkątny i tak je też formujemy. Ten kształt ubytku jest wtedy łatwy i możliwy do opracowania, o ile brak zęba sąsiedniego.

W wypadku, gdy ząb sąsiedni jest zachowany, to ze względów kosmetycznych staramy się opracowywać ubytek od strony językowej. W wypadkach, gdy ścianka językowa i wargowa są zbyt cienkie, musimy je usunąć, a brzeg sieczny oszczędzamy i usuwamy go tylko wtedy, gdy jest objęty próchnicą.

Podobnie jak przy opracowywaniu ubytków klasy I-szej i II-iej, szkliwo podminowane próchnicą usuwamy przy pomocy szkliwodłutów albo karborundem na wiertarce. Natomiast zębinę usuwamy ręcznie przy pomocy wydrążaczy albo wiertłami różnego rodzaju.

Aby wypełnienie z ubytku nie wypadło, robimy mały punkt zaczepu przy brzegu siecznym, albo rowek wzdłuż ubytku, a do tego celu używamy wierteł w kształcie maleńkiej różyczki albo gwiazdki.

Tego rodzaju linie i punkty zaczepu mogą mieć zastosowanie tylko w tym wypadku, gdy mamy do czynienia z ubytkiem niezbyt głębokim. Gdy zaś ubytek jest większych rozmiarów i blisko miazgi, usuwamy wprawdzie próchnicę doszczętnie, ale nie rozszerzamy i nie pogłębiamy ubytku w celu ochrony wypełnienia przed wypadnięciem, gdyż moglibyśmy zranić miazgę. Umocowanie ubytku uzyskujemy przez wyżłobienie przedłużenia ubytku z powierzchni stycznej na powierzchnię językową w kształcie jaskółczego ogona.

Zawsze przy ubytkach III-iej klasy musimy zwracać szczególną uwagę na punkty styczności.

Ubytki III-iej klasy wypełniamy zazwyczaj materiałami plastycznymi. W wypadku gdy zachodzi konieczność usunięcia miazgi, to po dokładnym oczyszczeniu i uformowaniu ubytku i usunięciu miazgi, wskazane jest ze względów kosmetycznych zastosować wkładkę porcelanową laną albo wypalaną.

Klasa IV-ta.

Do ubytków klasy IV-tej należą ubytki klasy III-iej skomplikowane przez brak brzegu siecznego. Ta klasa ubytków nie nadaje się do wypełnień plastycznych, a to dlatego, że plomba z cementu fosforowego, czy też krzemowego w czasie aktu żucia uległaby złamaniu. Gdybyśmy się ograniczyli do wypełnienia ubytku bez odtworzenia brzegu siecznego, to ząb taki raziłby pod względem kosmetycznym. Zawsze musimy się liczyć ze względami kosmetycznymi i dlatego też przy ubytkach tej klasy, o ile tylko możliwe, ubytek opracowujemy i formujemy od powierzchni językowej.

Instrumenty i technika opracowania ubytków są te same, co przy ubytkach klasy III-iej.

Na specjalną uwagę zasługuje przygotowanie ubytku do wkładki porcelanowej w wypadku, gdy dewitalizujemy miazgę i leczymy kanał korzeniowy.

Już samo ujście przewodu jest dobrym utrzymaniem plomby, lecz Pichler radzi kłaść dodatkowo w ujście przewodu sztyft platynowo-irydowy, którego nie umocowuje cementem, gdyż przy kondensowaniu złota możemy go obluzować, lecz radzi zrobić nacięcia na wystającej części sztyftu i przytrzymując, ubijać złoto między wystającą częścią sztyftu a zębem. W ten sposób sztyft zostaje mocno umocowany. Plomby krzemowe z powodu swej łamliwości nie nadają się.

Można również dla utrzymania wkładki zrobić nacięcia w kanale przy pomocy gwiazdkowatego wiertła.

Według Pichlera przy ubytkach IV-tej klasy z zachowaniem żywej miazgi, zdejmujemy części ścianki językowej aż do brózdki, robimy głęboki rowek, a następnie formujemy schodek przy pomocy odwróconego stożka. Musimy mieć na uwadze to, aby schodek był otoczony nie tylko ściankami szkliwa ale i zębiny. Możemy również od strony językowej zastosować schodek w kształcie jaskółczego ogona. Zachowując żywą miazgę, można również, po odpowiednim oszlifowaniu zęba, zastosować koronę porcelanową Jacket'a.

Klasa V-ta.

Są to ubytki, które występują najczęściej grupami i których do pewnego stopnia można uniknąć przez racjonalną pielęgnację zębów.

Ubytki te, podobnie jak ubytki I-szej klasy, możemy formować narzędziami ręcznymi lub wiertłami. Przy ubytkach przyszyjkowych szkliwo nie bywa podminowane przez próchnicę, to też trudno je usuwać szkliwodłutami i dlatego musimy szkliwo usuwać wiertłem.

Staramy się o to, aby szkliwo jaknajgłębiej oczyścić pod dziąsło, gdyż według obserwacji Pichlera, próchnica nigdy nie szerzy się w miejscach przykrytych dziąsłem.

Abyśmy mieli pewność, że plomba z ubytku nie wypadnie, robimy na granicy dna i ścianek podcięcia odwróconym stożkiem albo też dłutami.

Gdybyśmy ubytek V-tej klasy chcieli wypełnić materiałem nieplastycznym, to ścianki ubytku winny być prostopadłe do dna, a jeszcze lepiej — średnica wejścia większa niż średnica dna ubytku, a to celem ułatwienia wyjęcia ewentualnego wycisku z wosku.

Technika formowania ubytków.

Wyłożone tutaj uwagi częściowo będą miały znaczenie dla wszystkich czynności praktyka-lekarza. Podajemy je na tym miejscu, gdyż formowanie ubytków jest pierwszym tematem, poruszonym w niniejszym kursie, dotyczącym bezpośredniego wykonywania zabiegów.

Przy pracy operator zawsze stoi z prawej strony pacjenta, którego głowa (na fantomach zgryzadło) musi być nieco niżej poziomu głowy operatora. We wszystkich fazach pracy posługujemy się lusterkiem, które kierujemy w ten sposób, że zwierciadło jest poza ubytkiem, rączka zaś dotyka nie zębów lecz policzków (względnie bocznych gumowych osłon zgryzadła) i odchyla je, powiększając rozmiar i światło pola operacyjnego.

Zasadę naczelną stanowi, że już na fantomach wykonywamy zabiegi według prawideł, ponieważ czynności, wielokrotnie powtarzane, automatyzują się. Bezwzględne przestrzeganie prawideł daje operatorowi pewności ręki i decyzji. Już zatym na fantomach ćwiczymy się w ruchach niezawodnych, lekkich, raczej powolnych niż szybkich, posuwistych, a nigdy urywanych. Gesty oddziaływają na psychikę pacjenta i dlatego muszą być zawsze spokojne i zdecydowane. Ruchy gwałtowne, mocne naciskanie narzędzi, usuwanie naraz większych partii tkanek — już na fantomach są przeciwskazane, gdyż mogą doprowadzić do zbędnego usuwania nadmiernej ilości tkanki.

Przy wszystkich czynnościach, wykonywanych w ustach, trzymamy instrument w trzech palcach prawej ręki (kciuk, wskazujący, serdeczny). Instrument trzymamy zupełnie lekko. Ten sposób posługiwania się instrumentem zaręcza operatorowi lepszą wyczuwalność działania instrumentu i swobodę zmiany jego położenia. U początkujących często zdarza się tendencja do trzymania instrumentu całą dłonią, co powoduje ograniczenie swobody ruchów i zasłonięcie światła w jamie ustnej. Należyte ustawienie ręki operatora jest podstawą jego zręczności w pracy, niemniej niż ustawienie ręki dla wirtuoza-muzyka.

Praca instrumentami ręcznymi jest dość trudna, ponieważ instrument ręczny działa mniej radykalnie niż wiertło. Za to narzędzie ręczne jest lepiej wyczuwalne dla dłoni, stąd praca ta będzie subtelniejsza, mniej dla pacjenta bolesna i bardziej oszczędzająca tkanki niż wiertło. Operując nożem szkliwnym (do usuwania podminowanego próchnicą szkliwa), przede wszystkim wyszukujemy dla instrumentu punkt oparcia, przez co uzyskujemy działanie podobne do dźwigni. Podważając podminowane szkliwo, stopniowo je usuwamy i obnażamy zębinę. Jak widzimy, nóż szkliwny ma usunąć tylko szkliwo, zagłębiamy go zatym bardzo płytko, przy czym nie usiłujemy nigdy używać przemocy, aby odrazu usunąć większą partię podminowanego próchnicą szkliwa.

Wydrążaczy używamy do usunięcia rozmiękczonej próchnicowej zębiny. Po usunięciu nawisającego podminowanego próchnicą szkliwa, ukazuje się próchnicowa zębina, barwy ciemnej. Wydrążacz działa wygarniająco: zębinę łyżeczkujemy dotąd, dopóki nie ukaże się jasna warstwa zdrowej zębiny. Ogólny zarys ubytku stwarzamy zatem instrumentami ręcznymi.

Dalsze czynności przy formowaniu ubytku wykonywamy prze-

ważnie wiertłami maszynowymi. Po usunięciu ręcznie szkliwa i zębiny, otrzymujemy ubytek kształtu kolbowatego, o dnie nierównym. Do doszczętnego usunięcia chorej zębiny i ostatecznego uformowania ubytku używamy wierteł różyczkowych i odwróconych stożków. Numer wiertła dobieramy stosownie do wielkości ubytku. Wybieramy z reguły wiertło raczej mniejsze, ponieważ większe działa zbyt radykalnie i ubytek możemy powiększyć ponad potrzebę. Wiertła zużyte, o stępionych ostrzach, należy wyrzucić, gdyż działanie ich jest powolne, musimy wywierać na dno i ścianki ubytku ucisk, a wskutek tego zadajemy pacjentowi niepotrzebnie ból. Prostnicę względnie kątnicę trzymamy w prawej ręce, w trzech palcach. Wprowadzamy wiertarkę w ruch, który przenosi się na wiertło i nadaje mu ruch obrotowy. Dopiero z tą chwilą wprowadzamy wiertło do jamy ustnej, bardzo ostrożnie, aby nie zranić tkanek. Wiertła, jak wiemy, mają nacięcia z boków i na końcu, działają zatem odrazu na dwie płaszczyzny ubytku: dno i ścianki. Płaszczyzn tych wiertłem tylko dotykamy, bez wywierania nacisku; narzędzie samo, dzięki ruchowi rotacyjnemu, usuwa warstwę tkanki za warstwą. Wiertła przesuwamy wzdłuż ścian ubytku ruchem okrężnym. Co pewien czas przedmuchujemy dmuchawką ubytek, usuwając zeń opiłki. Odwróconym stożkiem manipulujemy pod rozmaitymi kątami, stosownie do tego, jaki kształt musimy nadać ubytkowi ze względu na materiał wypełnieniowy, który założymy.

Punkty i linie zaczepu wykonywamy wiertłami maleńkimi w kształcie różyczek i gwiazdek. Zaczepy robimy na granicy szkliwa i zębiny, aby uniknąć zranienia miazgi wskutek zbytniego zagłębiania się w zębinę. Punkt zaczepu jest wgłębieniem kształtu okrągłego. Uzyskujemy go w ten sposób, że wiertłem dotykamy wciąż tego samego miejsca, stopniowo zagłębiając się w zębinę. Sprawdzianem dostatecznej zaczepności punktu zaczepu będzie zgłębnik. Jeśli po wprowadzeniu zgłębnika do punktu zaczepu, ruchy nasze są zahamowane, wówczas mamy pewność, że punkt zaczepu jest dostatecznie głęboki. Na punkty zaczepu możemy wykorzystać ciemne punkciki, które pozostały pomimo doszczętnego usunięcia próchnicowej zębiny.

Linie zaczepu robimy temiż wiertłami, ale ruch wiertła będzie szedł po linii prostej, wzdłuż całej ścianki lub całego dna. Musimy uważać, aby wiertło trzymać zawsze w tej samej odległości od ścianki lub dna, gdyż tylko w ten sposób możemy uzyskać linię zaczepu w formie rowka o dnie jednakowej głębokości.

Schodki wykonywamy w ten sposób, że ubytek przenosimy wiertłem cylindrycznym z powierzchni bocznej na żującą, to znaczy, znosimy warstwę zębiny i szkliwa ponad ubytkiem aż do powierzchni żującej. Sam schodek robimy przy pomocy odwróconego stożka (ustawienie Mamloka), zdejmując dalszą warstwę zębiny na powierzchni żującej, przy czym powierzchnia schodka winna być, o ile możności, równoległa do dna ubytku, ścianki zaś równoległe do ścianek ubytku.

„Jaskółcze ogony“ wykonywamy na powierzchni żującej, wzdłuż brózd. Posługujemy się przy tym również odwróconymi stożkami.

Krawędzie ubytku wykończamy końcownikami, kamieniami karborundowymi, względnie ręcznie przy pomocy dłuta szkliwnego. Najczęściej używamy końcownika cylindrycznego z płaskim dnem. W stosunku do krawędzi ubytku końcownik będzie miał położenie boczne. Przesuwając końcownik po zewnętrznych powierzchniach krawędzi ubytku, wyrównywamy krawędzie, a równocześnie zukośniamy je, t. zn. że zewnętrzna powierzchnia krawędzi utworzy z zewnętrzną powierzchnią zęba kąt rozwarty.

Niniejsze uwagi nie wyczerpują i nie mogą wyczerpać wszystkich form, jakie nam nasuwa praktyka. Właściwego doświadczenia i wiedzy praktycznej nabywa student na ćwiczeniach fantomowych, a dalej w pracy klinicznej, gdzie spotka się z mnogością form ubytków i specyficznych wymogów, jakie stawiają. Niniejszy kurs zgodnie z założeniem, ma w syntetycznych skrótach przedstawić zespół zagadnień praktycznych, aby ułatwić uczącemu się pierwszą orientację.

Pozostaje nam jeszcze do omówienia technika ostatecznego oczyszczenia ubytku. Po całkowitym uformowaniu ubytku oczyszczamy go dokładnie z opiłek przy pomocy dmuchawki. Po przedmuchaniu kilkakrotnym sprawdzamy dokładnie w lusterku, czy wszystkie opiłki zostały usunięte. Następnie tamponik waty na pincecie zanurzamy w środku dezynfekcyjnym (w rozczynie tymolu) i przemywamy tamponikiem dokładnie cały ubytek. Przed wprowadzeniem wypełnienia, ubytek musimy osuszyć, co czynimy przy pomocy prądu ciepłego powietrza z dmuchawki nagrzanej nad płomieniem lampki spirytusowej. Dmuchawka nie powinna być przegrzana, gdyż wówczas gorący strumień powietrza podrażni miazgę i spowoduje ból.

W czasie tych wszystkich zabiegów ubytek chronimy starannie przed śliną przez odsunięcie policzków i języka wałkami ligniny, która jednocześnie wchłania wilgoć. Ligninę jaknajczęściej zmieniamy. Zamiast ligniny lepiej stosować jest ślinochron. W myśl zasady wykonywania zabiegów na kursie ćwiczeń fantomowych według wszelkich prawideł, posługujemy się zarówno ligniną jak ślinochronem.

———o———

Lek.-dent. I. DAWIDSOHN. *Złoczów*

Roentgenogram a diagnoza

W czerwcu ub. r. zgłosił się do mnie pacjent, który podaje, że trzy siekacze górne 2+, 1+, +1 zostały zaplombowane w 1931 r., jako zęby mało zepsute, bez dewitalizacji miazgi i nigdy też od tego czasu nie odczuwał żadnego bólu (ząb +2 został dawno już usunięty).

Zeszłego roku poczuł ból dwóch siekaczy przednich 1+, +1 przy gorącym jedzeniu i na ostukiwanie. Ból ten po kilku dniach przeszedł bez żadnych dalszych następstw.

Ostatnio, będąc zgrzanym, napił się zimnej wody i poczuł ból wszystkich trzech siekaczy 2+, 1+, +1. Po kilkugodzinnym bólu zaczął występować obrzęk w okolicy przednich zębów, który na drugi dzień obejmował dziąsło nad siekaczami i całą wargę górną.

Przy badaniu można było zauważyć, wygórowanie w okolicy przywierzchołkowej siekaczy górnych, obejmujące całą wargę górną i sięgające do nosa. Wszystkie trzy siekacze mają plomby krzemowe, są bardzo wrażliwe na ostukiwanie, w szczególności lewy +1. Pacjent ma stan podgorączkowy. Po trepanacji +1 wychodzi kropla ropy z krwią, ale pacjent nie doznaje ulgi. Po południu tego samego dnia występuje gorączka 38,5^0 C. Na drugi dzień pacjent dostaje zastrzyk propidonu. Temperatura w ciągu następnych dwóch dni 38^0 — 39^0 C. Ponieważ temperatura nie spada, a zdjęcia Roentgena nie można zrobić z powodu chwilowego braku aparatu, decyduję się na cięcie błony śluzowej w okolicy przywierzchołkowej +1, sięgające głęboko pod okostną, skąd wydobywa się cuchnąca ropa. Po założeniu setonu z gazy jodoformowej z kamphenolem, temperatura jednak nie spada i na drugi dzień dochodzi do 39^0 C.



Rys. 1.



Rys. 2.

Zdjęcie Roentgena wykonane na drugi dzień po przeprowadzonym zabiegu (rys. 1), wykazuje zmiany przywierzchołkowe siekaczy 1+, +1) i *bardzo silne zmiany w okolicy przywierzchołkowej prawego mniejszego siekacza.*

Po trepanacji dwóch prawych siekaczy 2+, 1+, okazuje się, że mimo zmian przywierzchołkowych na roentgenogramie przy mniejszym siekaczu 2+ (prąd faradyczny także nie działał na ząb), *miazga jest całkiem żywa, krwawi i reaguje na ból przy dotyku nerwociągiem.*

Drugie zdjęcie Roentgena (rys. 2), wykonane natychmiast po trepanacji zęba, wykazuje te same zmiany przywierzchołkowe przy 2+.

Po dokonanym nacięciu błony śluzowej ponad siekaczami prawymi 2+, 1+, wyszło bardzo dużo ropy i temperatura po kilku godzinach spadła.

Po kilkakrotnej zmianie setonów rany się zagoiły. Duży siekacz prawy 1+ wyleczyłem zachowawczo jako zapalenie ropne miazgi. *Siekacz mniejszy prawy 2+ dewitalizowałem arszenikiem, traktując go jako przypadkowe obnażenie miazgi, i po jej ekstirpacji, zaplombowałem go.*

Siekacz lewy, mimo upływu kilku miesięcy, narazie nie daje się wyleczyć, a pacjent na resekcję wierzchołka nie chce się zgodzić.

Z tego widzimy, że mimo nadzwyczajnych usług, jakie nam oddaje zwykle aparat Roentgena, wykazując zmiany przywierzchołkowe, nie zawsze zaciemnienia przy wierzchołku świadczą o tym, że dany ząb jest martwy i jest przyczyną danego schorzenia, a roentgenogram nie zawsze może być punktem oparcia przy stawianiu diagnozy.

HIGIENA JAMY USTNEJ.

Lek.-dent. C. FINKELKRAUT-FRANKENBERG. Warszawa.

Parę uwag w kwestii higieny jamy ustnej.

C. D. (Nr. 4—1935 r. i Nr. 5 — 1936 r.)

Nieprawidłowe warunki w jamie ustnej — powodują nieprawidłowy rozwój całego organizmu. Anormalnie rozwinięte wyrostki zębodołowe — powodują nieprawidłowy rozwój zatok okolicznych, sprawy chorobowe których są punktem wyjścia dla schorzeń ogólnych. Dbałość o normalne zdrowe uzębienie dzieci jest jedną z najbardziej palących kwestii, wchodzących w zakres higieny ogólnej.

Hypokrates powiedział, że choroba już w zarodku swoim powinna być zwalczoną. Pierwsze zarodki zębów tworzą się już w łonie matki, płód żyje na koszt tkanek matki, które dla podtrzymania podwójnej pracy organizmu, muszą mieć zwiększony dopływ substancji odżywczych z zewnątrz. Dla prawidłowego rozwoju płodu, matka musi mieć spokój psychiczny, powietrze, słońce, ruch i odpowiednie odżywianie, składające się z odpowiedniej ilości białek, węglowodanów, tłuszczów, witamin i odpowiedniej ilości soli wapniowych i fosforowych. Przy prawidłowym rozwoju płodu, jakoteż dalszych sprzyjających warunków, dziecko, mające 2½ roku, powinno mieć 20 zębów mlecznych w ustach. Dbałość o higienę dziecka, wyraża się i w dbałości o jego jamę ustną. U niemowląt nie należy czyścić jamy ustnej, gdyż nieostrożnie uszkodzony nabłonek może być punktem wejścia dla zarazków. Czyszczenie jamy ustnej należy przeprowadzać dopiero po wyrznięciu się zębów.

Zadaniem zębolecznictwa profilaktycznego jest zwrócenie uwagi na: 1) nieprawidłowo zbudowane szczęki, 2) choroby tkanek okołozębowych, 3) stan zębów i rozwój próchnicy. Prawidłowe ustosunkowanie szczęk, zgryzu — prawidłowo umocowane dziąsełko (frenulum), mają duży wpływ na stan zębów i jamy ustnej.

Na prawidłowy rozwój szczęk duży wpływ ma sposób normalne-

go oddychania (przez nos); ssanie palca u dzieci wywołuje zbytni rozwój szczęki górnej, a co za tym idzie, nieprawidłowy rozwój łuków zębodołowych i zębów.

W 13 roku życia uzębienie powinno być pełne. Wszelkie odchylenia od tej normy przyczynę swą muszą mieć w zaburzeniach całego organizmu dziecięcego i zadaniem lekarza-stomatologa jest zwrócić na dziecko w tym okresie baczną uwagę.

Zęby stałe nawet po wyrznięciu się ich, nie są jeszcze zupełnie dokładnie ukształtowane. Odpowiednie ukształtowanie koron, korzeni zębowych, następuje między 14-ym a 15-tym rokiem życia.

Chcąc zachować u dziecka trzonowce I-sze, które są podstawami zgryzu, należy dziecko poddawać stałym oględzinom lekarskim co 3, 6 miesięcy; a w każdym razie w stomatologii zachowawczej należy zwrócić uwagę na: 1) predyspozycje dziedziczne, 2) na dokładne zdanie sobie sprawy z przyczyn powstawania próchnicy i 3) na dokładne i częste poddawanie jamy ustnej oględzinom.

———o———

Le.-dent. TADEUSZ TONCHU RU. *Warszawa.*

„Foetor ex ore" i sposoby jego zwalczania.

„Foetor ex ore", czyli przykry zapach z ust jest dolegliwością bardzo nieprzyjemną, zarówno dla danej osoby, jak i dla otoczenia. Jest zupełnie zrozumiałe, że rozmowa z bliskiej odległości z taką osobą jest nadzwyczaj niemiła. Wspomina już o tym rzymski poeta Owidiusz w swej słynnej „Ars amandi".

Oddawna istniały sposoby zwalczania tej przypadłości. Anatom Claude Galien (131—201 przed Chr.), zalecał stosowanie imbiru i podał różne recepty proszku do zębów. Florentinus zaś radził gryźć 3 listki. W Chinach sądzono dawniej, że zarówno przykrą woń z ust, jak i utratę zębów powodują specjalne robaki, posiadające czarne plamki na głowie. Dla zabicia tych robaków mieszano Pi-choang (czytaj „pi-czoang"), czyli acidum arsenicosum 1,8 i hawang-tan, czyli suszoną żółć niedźwiedzią 3,6 i otrzymany w ten sposób proszek rozpuszczano w wodzie i robiono z powstałej stąd masy pigułki, które wrzucało się do wody do płukania ust.

W Japonii już w dawnych czasach ludowa medycyna stosowała na tę dolegliwość różne zioła *), jak np. suszony korzeń rośliny nodage, który się parzyło i otrzymaną zeń esencją płukało usta. Do płukania używano również wywaru z senkin oraz wywaru z naginadagondziu. Ze sproszkowanych zaś pestek makuwari i miodu robiono pigułki i zalecano codzień rano zgryźć po jednej pigułce. Brano też garść liści i łodyg rośliny hakobe i wyciskano niebieski sok, do którego do-

*) Zauważyć należy, że dziś znów widzimy w lecznictwie japońskim powrót do ziół.

dawano 2 garści soli kuchennej i mieszano na ogniu. W ten sposób powstawała niebieska sól palona, używana do czyszczenia zębów.

Widzimy więc, że już od bardzo dawna istniały lekarstwa na „foetor ex ore“. Niestety, nie mogę podać po polsku nazw wyżej wspomnianych roślin, gdyż w Polsce tych ziół nie spotykamy.

Dziś, w związku z ogromnym postępem stomatologii, leczenie przykrego zapachu z ust rozpoczyna się od znalezienia przyczyn tej dolegliwości. Według dra Jokogawy są one następujące:

1) choroby żołądka i przewodu pokarmowego;
2) schorzenia dróg oddechowych;
3) palenie tytoniu;
4) schorzenia jamy ustnej.

Do tych należy jeszcze dodać:

5) cukrzycę i
6) przymiotnicę w 3-im okresie, która powoduje rozpad jamy nosowej i przykry zapach z nosa (ozaena).

Skoro znamy przyczynę dolegliwości, to radykalnym sposobem uleczenia jest usunięcie tej przyczyny, czyli podstawowego schorzenia. I tak np. „foetor ex ore“ spowodowany schorzeniem żołądka, lub dróg oddechowych (łatwo rozpoznawalny, bo zapach wydziela się przy oddychaniu), usuwamy przez leczenie tych cierpień.

W codziennym życiu zdarza się nieraz, że przykry zapach jest skutkiem spożywania specjalnych potraw, jak np. czosnek, cebula, śledź. Oczywiście, że tego rodzaju zapachem nie będziemy się zajmować, gdyż jest zrozumiałym nawet dla laika, że wstrzymanie się od spożywania tych potraw usunie dolegliwość.

Jeśli chodzi o specjalnie nas interesujące schorzenia jamy ustnej, jako powody „foetor ex ore“, to są one następujące:

1) gnicie i fermentowanie resztek pokarmów, znajdujących się w ubytkach, lub zniszczonych korzeniach, względnie między protezami;
2) wydzieliny ropne z przewodów i zgorzel, ropne zapalenie miazgi i wydzieliny błony śluzowej;
3) szereg zapaleń jamy ustnej i zapalenie dziąseł;
4) gazy, wydzielane przez drobnoustroje, znajdujące się w jamie ustnej;
5) powiększenie migdałków.

I tutaj leczenie polegać będzie na usunięciu podstawowego cierpienia. Poza tym w codziennej praktyce używa się z powodzeniem następujących lekarstw:

1. *Recepta Boes'ego:*

Rp. Vanilini 0,5
Alkoholi 25,0
15 — 20 kropli na 30,0 wody.
3 — 4 razy dziennie czyścić zęby i język.

2. *Recepta Rothenberg'a:*

Rp. Kali jodaci 4,0
Aq. dest. 100,0
doustnie przez 3 — 4 dni.

3. *Recepta Dng-Tou:*

Rp. Thimoli 1,0
Alkoholi 6,0
zwilżyć tytoń i palić, puszczając dym przez nos.

4. *Recepta Dng-Tou:*

Rp. Mentholi 0,3 — 0,5
Natr. chlorati 3,0
Natr. sulphurici 10,0
Natr. benzoici 10,0
Natr. bicarbonici 10,0
czyścić proszkiem zęby i język.

5. *Recepta Dng-Tou:*

Rp. Perhydroli 2%
Acid. borici 2%
Kalihypermangan. 0,1 — 0,5%
roztwór soli kuchennej
Aquae menthae.

Wyżej wymienionego lekarstwa należy używać do czyszczenia zębów. Oczywiście podstawowym warunkiem higieny jamy ustnej jest mycie zębów 2 razy na dzień i usuwanie co pewien czas kamienia nazębnego.

Przy dzisiejszym rozwoju higieny powinniśmy specjalnie dbać o czystość jamy ustnej. Zwłaszcza powinni to czynić lekarze-stomatolodzy, gdyż przykry zapach z ust lekarza jest bardzo niemiły dla pacjenta i podważa zaufanie. Wskazaną byłaby nawet praca w maskach na ustach, gdyż to uniemożliwiałoby ewentualne wzajemne zakażenie się pacjenta i lekarza.

PIŚMIENNICTWO.

Dr. Misikura: Roogo no eisei (Higiena jamy ustnej). — 1930.
Miwa Hara: Mia szitpioto sono joho (terapia chorób zębowych i jamy ustnej). 1925 r.
Joshi Ciu: Roogo no Akuszun (Foetor ex ore). Rinshio shika Nr. 11, 1933 r.
Dng-Tou: Ibang Hattu (Recepta lekarska) bardzo stara księga chińska).

Z J A Z D Y.

Z Kliniki Protetyki Dentystycznej Akademii Stomatologicznej.
(Kierownik zast. prof. dr. WITOLD CYBULSKI).

Lek.-dent. JANINA GALASIŃSKA-LANDSBERGEROWA.
St. Asystent Kliniki. *Warszawa.*

Proteza całkowita.

(Referat sprawozdawczy z IX. Międzynarodowego Kongresu Dentystycznego F. D. I. w Wiedniu. 2—8 sierpnia 1936 r.).

Celem niniejszego referatu jest sprawozdanie z IX. Międzynarodowego Zjazdu Stomatologicznego w Wiedniu, dotyczące działu protez całkowitych. Dla łatwiejszego zobrazowania i połączenia w jedną całość, sprawozdanie obejmować będzie referaty i demonstracje Zjazdu niezależnie od ich numerycznej kolejności, ale w związku z danym zagadnieniem jako całością.

Dział protez całkowitych został ujęty pod kątem dwu zagadnień: pierwsze, to stan jamy ustnej bezzębnej, warunki otaczające pole naszego zabiegu protetycznego; drugie, to zmiany wywołane przez działanie protezy.

G e o r g e V i l l a i n — Paryż — w referacie swoim „*La réalisation de l'équilibre bio - mécanique en prothèse totale*", omawia szczegółowo warunki, w których znajduje się jama ustna bezzębna. Przypominając podział H o u s s e t a dla braków częściowych, podkreśla, że w jamie ustnej bezzębnej nie mamy „podłoża zębowego"; podłoże protez jest w tym przypadku ograniczone do kostnego i podściółki miękkiej, łącznotkankowej. W uzębieniu normalnym zęby są odbiorcami ucisku, urazu, żucia; one go transmitują na strukturę kostną, zamortyzowany przez działanie włókien ozębnej, przenoszą na kość, Po utracie zębów kość nie jest wystawiona na podobne działanie; po utracie zębów obserwujemy w kości procesy zanikowe o nasileniu i szybkości różnej, zależnie od liczby utraconych zębów, wieku pacjenta, stanu wyrostków zębodołowych. W konkluzji prac nad morfologią podłoża kostnego, procesu zanikania i odradzania wynika, że zmiany w podłożu kostnym wskutek utraty zębów są prawidłem czynnościowym. Są one wynikiem braku użycia z jednej strony, przeciążenia, złego kierunku ucisku z drugiej strony. Przy czem są one zmienne, zależne od wieku, stanu pacjenta. Wiek odgrywa rolę znaczną; u bezzębia wrodzonego mamy obraz różniący się od warunków bezzębia nabytego — nieprotezowanego. U osobników o bezzębiu wrodzonym podłoże kostne dostosowuje się do czynności, wyrostki zębodołowe rozwijają się niezależnie od braku zębów.

W bezzębiu nabytym, mimo dobrych pozornie warunków, silnie ukształtowanych wyrostków, umożliwiających rozmiażdżanie pokar-

mów, mamy jednak do czynienia z procesami zaniku, resorbcji. Wyrostki zębodołowe stanowią najlepszy uchwyt dla protezy: zachowanie ich musi być przewodnią myślą protetyka. Regulacja chirurgiczna wyrostka jest polecana przez Villaina jedynie w wypadku szczególnej wyniosłości, przeszkadzającej warunkom utrzymania mechanicznego, zgryzowi, czy też względom estetycznym. U pacjenta bezzębnego nieoprotezowanego przychodzi z czasem do następowego rozwarcia kąta żuchwy, celem umożliwienia kontaktu w obrębie tylnym łuków zębowych. Te zmiany skłaniają do ostrożnego postępowania w związku z podniesieniem zgryzu. Villain radzi: nigdy zanadto szybko i nigdy zanadto wysoko! Powierzchnie zębów trzonowych i przedtrzonowych raczej bardziej płaskie, kontakt przednich w zgryzie zbliżonym do prostego. Z punktu widzenia stałości dynamicznej proteza powinna przenosić ucisk na grzbiet wyrostka zębodołowego. U osobnika, który zachował swoje zęby, błona śluzowa wyściełająca przyjmuje bierny tylko udział w akcie żucia. Rola jej ogranicza się do kontaktu z kęskiem jedzenia, formowanym, zwilżanym, połykanym. Jest ona wolna od specjalnego ucisku, zwilżana śliną, oddycha podobnie jak skóra, odbiera wrażenia termiczne, wydziela swobodnie. U bezzębnego, noszącego protezę, te warunki są kompletnie zmienione! Znaczna część błony śluzowej, pokrywająca wyrostki zębodołowe, jest zużyta jako nosiciel protezy; ułożona między płytą protezy, a podłożem kostnym jest przedewszystkiem narażona na ucisk żucia. Nie odbiera wrażeń termicznych, lub odbiera je zależnie od termicznego przewodnictwa płyty podstawowej protezy. Ślina nie opływa jej prądem stałym, jej sekrecje nie mają możności natychmiastowego odpływu wskutek przylegania płyty, nie doświadcza też uczucia masażu przez język. Dla zmniejszenia niepomyślnych warunków pod płytami protez, należy pouczyć pacjentów noszących je o konieczności zdejmowania protez na noc, dla odpoczynku błony śluzowej. Utrzymanie protezy powinno być osiągnięte przyleganiem płyty na całej jej powierzchni. Przyleganie powinno być szczelne, ścisłe. Dzięki zawartości wilgoci na powierzchni protezy i błony śluzowej unika się otarcia tkanki przy nieznacznych przesunięciach protezy podczas aktu żucia. Nieznaczny ruch przesuwania protez podczas żucia, tak nieznaczny, że jego następstwem nie jest opadanie protez, owo minimalne przesuwanie płyt w stosunku do podłoża jest nawet momentem dodatnim; zastępuje ono w pewnej mierze lekki masaż, jakiego doznaje błona śluzowa ze strony języka podczas funkcji. Uwzględniając te niewielkie ruchy i przemieszczenia płyty, należy przygotować jej powierzchnię wewnętrzną, tak, żeby nie była ani szorstka, ani porowata, żeby nie zatrzymywała resztek pokarmowych, dając im miejsce i warunki (ciemno, ciepłota i wilgoć) do procesów gnilnych.

Kontakt protezy z błoną śluzową nie powinien wywoływać zmiażdżenia, zranienia śluzówki; mimo całej ścisłości powinien być swobodny, delikatny, w niczym nie hamujący ruchów. Podobnie jak rozmieszczenie siły żucia na środku grzbietu wyrostków zębodołowych,

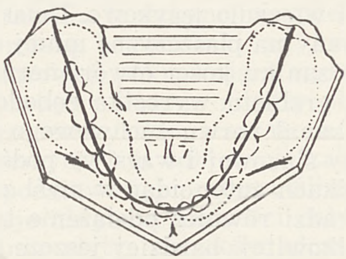
tak celowe wykorzystanie właściwości podłoża między śluzówką a kością, ma wielkie znaczenie z punktu użytkowności dynamicznej protezy. Villain przypomina podział Lunda na strefy: włóknistą, tłuszczową i gruczołową — warstw pokrywających podłoże kostne szczęki górnej. Strefa włóknista, obejmująca wyrostki zębodołowe i guzy szczękowe jest najbardziej odporna i przygotowana na ucisk. Wytrzymałość i zdolność pracy jest w tych okolicach duża; stąd też te odcinki przyjmują największy udział w funkcji. Natomiast strefa szwu podniebiennego i brzegu zębodołowo-jarzmowego są mało odporne na ucisk, wrażliwe i muszą ulec odciążeniu. Ze względu na punkt wyjścia naczyń i nerwów w okolicy brodawki siecznej należy ją również przed uciskiem odciążyć.

W szczęce dolnej warstwą wyściełającą podłoże kostne jest równomiernie przebiegająca strefa włóknista, pokryta błoną śluzową jednakowej wrażliwości.

Owa strefa włóknista pokrywa wyrostki zębodołowe, będąc ograniczona od strony przedsionka przez przyczepy więzadeł i mięśni, od strony językowej przez linię wewnętrzną skośną, przyczepy mięśni dna jamy ustnej i więzadło językowe. Ucisk wywierany na szczękę dolną jest skierowany na płaszczyznę mniej rozległą, bardziej zredukowaną. Naskutek zaniku kości otwór nerwu bródkowego może znajdować się tuż u grzbietu wyrostka zębodołowego. Również naskutek zaniku kości kanał nerwu żuchwowego staje się wyczuwalny poprzez powłokę błony śluzowej i warstwy podściółkowej z objawami bólu. W tych przypadkach autor, idąc w myśl zaleceń Schrödera i Grohsa radzi również odciążenie tych punktów wrażliwych. W protezie całkowitej, bardziej jeszcze niż w częściowej musimy się liczyć z organami ruchomymi jamy ustnej; z całym ich kompleksem, ich funkcją, podczas mowy, mimiki, żucia, połykania. Te „ruchome organa“ jamy ustnej określają granice objętości i zarys protez całkowitych. Szczególnie dolna proteza jest kontynuacją niejako szkieletu kostnego, będąc podtrzymaniem dla warg, policzków i punktem oparcia dla języka podczas mowy i połykania. Villain zgadza się z badaniami angielskiego autora Fisha nad wpływem ruchomych organów jamy ustnej na ukształtowanie i funkcję protez. Całkowity pogląd na tę sprawę rozwinął Fish — Londyn — w referacie: *The lingual surface of the Full Lowel Denture.*

Autor zwraca uwagę, że siłą utrzymującą całkowite protezy jest nie tylko działanie ciśnienia atmosferycznego i ciężaru, ale i siły zgryzu i siły działającej muskulatury. Mięśnie policzka i języka w swym działaniu samodzielnym mają kierunek odmienny; policzek wpycha protezę do wewnątrz, język wypycha nazewnątrz. Wzajemna koordynacja działania zapewnia dolnej protezie utrzymanie. Owa wzajemna koordynacja musi napotykać ze strony powierzchni policzkowej i językowej protezy (autor nazywa te powierzchnie „gładkimi“) odpowiednią płaszczyznę modelowania. Fish zaznacza, że dotychczasowe całkowite protezy były modelowane za grubo, kształtowane

w łuk zbyt otwarty, szeroki. W rezultacie ucisk języka i policzka „wyłuskiwał“ niejako protezę do góry, zamiast wcisnąć ją, ustalić na wyrostku. Zdaniem autora łuk tych powierzchni powinien być bardziej zamknięty, ściśnięty ku wewnątrz. Podstawa protezy nie może być rozszerzana dowolnie, ale też są pewne wskazania do powiększenia jej powierzchni. Badania anatomiczne wykazały, że między środkowymi włóknami mięśnia policzkowego jest mała kieszonka — woreczek“. F i s h ilustruje to na przykładzie: jest to owa kieszonka, w którą mały chłopiec wkłada cukierek w odstępach smakowania. W tę właśnie kieszonkę można wcisnąć rozszerzony brzeg całkowitej, dolnej protezy, żeby jej zapewnić lepsze umocowanie. Wypada to na okolicę zębów trzonowych. W obrębie przedtrzonowych i kłów sprawa przedstawia się odmiennie. Przednie włókna mięśnia policzkowego, przypadające na tę okolicę, łączą się z kompleksem mięśni utrzymujących kąt ust, podnoszących go, opuszczających. Rozszerzenie podstawy w tym odcinku powodowałoby przy ruchu kąta ust natychmiastowe podniesienie dolnej protezy. Ustawienie przedtrzonowych i kłów



Rys. 1. Schematyczny zarys brzegów dolnej całkowitej dostawki. Policzkowo: rozszerzenie w obrębie trzonowych, zwężenie przy przedtrzonowych i kłach. Językowo: rozszerzenie w okolicy zagłębienia pozatrzonowego (fovea retromolare), rozszerzenie w obrębie przedtrzonowych. (wedł. Fisha).

na wyrostku jest również specjalnie ważne nie tylko ze względu na prawidłowy rozkład siły żucia, ale i utrzymanie dolnej całkowitej protezy. F i s h jest zdania, że dolny łuk zębowy powinien posiadać wyraźnie zaznaczoną tendencję zbieżności; w przypadkach szczególnie trudnych zaleca nawet usunięcie z szeregu jednego siekacza, żeby tylko otrzymać pożądane zwężenie, zbieżność łuku. Od strony językowel brzeg dolnej całkowitej protezy nie powinien przekraczać linii wewnętrznej skośnej i przebieg jego jest normowany przyczepem więzadła językowego, oraz ruchomą błoną śluzową dna jamy ustnej. Jednak i od strony językowej udaje się zazwyczaj rozszerzyć podstawę płyty i powiększyć przez to jej umocowanie. Pierwszym miejscem rozszerzenia jest okolica kieszonki w zagłębieniu poza żuchwowem, drugim okolica przedtrzonowych, gdzie udaje się wytworzyć małe,

faliste rozszerzenie, będące niejako rekompensatą zwężenia płyty od strony policzkowej.

Fish, podobnie jak Villain, zwraca uwagę na sposób modelowania powierzchni językowej. Mianowicie dla wykorzystania siły umocowującej języka polecają obaj autorzy formę powierzchni wklęsłą.

Ciekawą tabelę porównawczą zestawił Wustrow — Greifswald — w swoim referacie: *„Über die Verankerung der totalen Prothese“* tyczącą się sił umocowujących, oraz kierunku wyzyskania i powiększenia tych sił. Oto ona:

Tablica I.

Zestawienie sił umocowujących całkowite protezy i sposoby powiększenia umocowania

(zestawione przez prof. Wustrowa):

1. Ciśnienie powietrza:	anatomiczne i fizjologiczne metody wyciskowe.
2. Przyleganie:	
3. Zaczepiające i ocierające siły:	wałki, rowki, wypustki, skrzydła dolne.
4. Elastyczność:	sprężyny.
5. Ciężar:	metalowe ciężkie płyty dolne, lekkie płyty górne.
6. Siły zgryzu:	ustawienie zębów na wyrostku, swobodne zetknięcie podczas ruchu, skośne płaszczyzny, równie pochyłe.

Przeprowadzając analizę sił utrzymujących całkowitą protezę, podaje Wustrow, że siły wystarczające do utrzymania protezy podczas mowy, śmiechu, są niewystarczające podczas żucia. Aby uniknąć działania wyważającego podczas odgryzania, należy ściśle przestrzegać ustawienia zębów na wyrostku zębodołowym. W wypadku dysproporcji zanikłych łuków górnego i dolnego, można tę sprawę załatwić ustawieniem zębów w zgryzie krzyżowym.

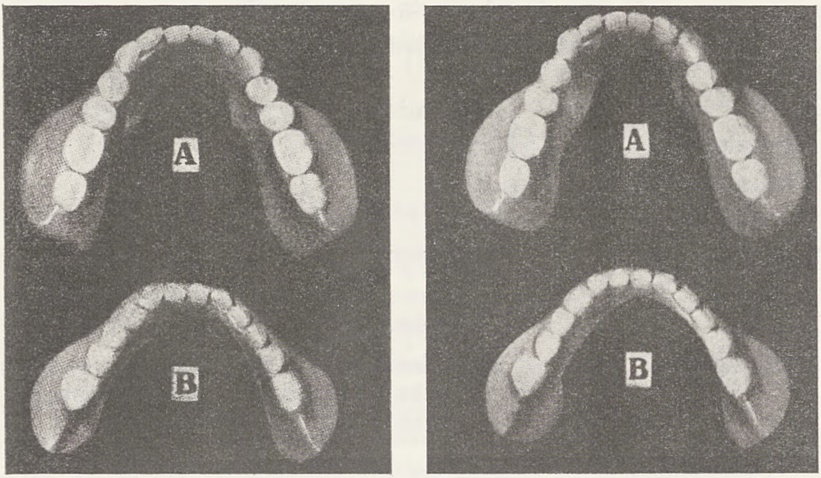
Przy zębach przednich ustawienie poza wyrostkiem zębodołowym jest często konieczne ze względów kosmetycznych, ponieważ musimy powrócić dawną wypukłość wardze górnej przez odpowiednie wysklepienie łuku zębowego. W tym przypadku staramy się o jaknajmniejsze zachodzenie zębów górnych i dolnych. Wustrow jest odmiennego zdania jak Balters, który twierdzi, że szczęki bezzębne zgubiły indywidualną drogę swego ruchu i może być im wszelka szablonowa droga nadana. Wustrow robił badania oddawna na szeregu szczęk pod kątem drogi ich ruchu. Znalazł, że również bezzębne szczęki mają swoją indywidualną drogę ruchu. Inerwacja, kie-

runek, przystosowanie mięśni żucia pozostają i przy utracie wszystkich zębów wdrożone do tej dawnej drogi. Siłą przyzwyczajenia można zmusić „zespół szczękowy“ do pewnych zmian; wymaga to jednak długiego czasu, trudu, troski i dolegliwości ze strony pacjenta.

W u s t r o w wyraża pogląd, że drogi ruchów szczęki są dla ludzi równie charakterystyczne jak pismo. Idąc po linii tych dociekań, kładzie nacisk na naśladowanie kierunku ruchów szczęki w pracy laboratoryjnej.

Przytacza wyniki otrzymane w pracy ze swym artykulatorem „Kaubahnträger“, podając, że odpowiada on indywidualnym warunkom każdego pacjenta.

W dyskusji nad przytoczonymi referatami zostało podkreślone przez W i l d a znaczenie doszlifowania guzków zębowych gotowych



Rys. 2. Dolne całkowite dostawki o brzegach wykonanych według modyfikacji Fisha. (wedł. Fisha).

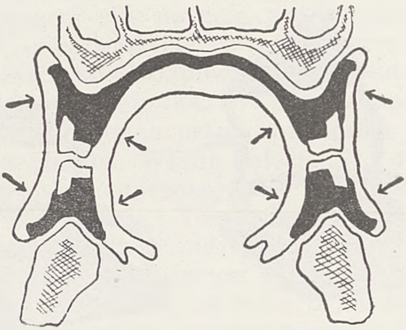
już protez w artykulatorze. W i l d zwrócił uwagę, że pomysł artykulatora K a u b a h n t r ä g e r nie jest nowy; idea była już opracowywana przez E i c h e n t o p f a, S w i n s b u r y, i datuje się od 1889 roku. Zaznacza, że W u s t r o w, dając w swej metodzie wartość przeciętną, otrzymał wyniki lepsze może nawet niż G y s i.

G r o h s zaakcentował w dyskusji słuszność ujęcia biologiczno-funkcjonalno-kosmetycznego przez V i l l a i n a. Podkreślił, że prawidłowa centralna okluzja zależy od ustalenia prawidłowej wysokości zgryzu. Dostosowanie podłoża i części miękkich do zmienionej centralnej okkluzii jest niemożliwe; pacjent albo protezy nie nosi, albo, nosząc, doznaje zmian w tkankach podłoża. Nienormalne ruchy

wykonywane w dawnych, złych protezach nie powinny być notowane w protezach nowych. Doszlifowanie wykończonej już protezy w artykulatorze jest zdaniem G r o h s a bardzo ważne. Skomplikowane artykulatory mają znaczenie teoretyczne, dla praktyki nie są zbyt dobre, nieefektywne. W zakończeniu dyskusji podkreślił G r o h s sprawę zmian w podłożu twardym i miękkim pod wpływem protez. Zagadnienie to zostało omówione przez G r o h s a szczegółowo podczas demonstracji p. t. *„Gewebsveränderungen prothesenbelasteter Kiefer“*.

Autor wprowadził nas w tok swoich doświadczeń nad szczękami pacjentów, którzy nosili płyty. Przedmiotem dociekań były zmiany w tkankach powstałe pod protezami. Prace te były wykonane w Instytucie Anatomii Patologicznej Uniwersytetu w Wiedniu.

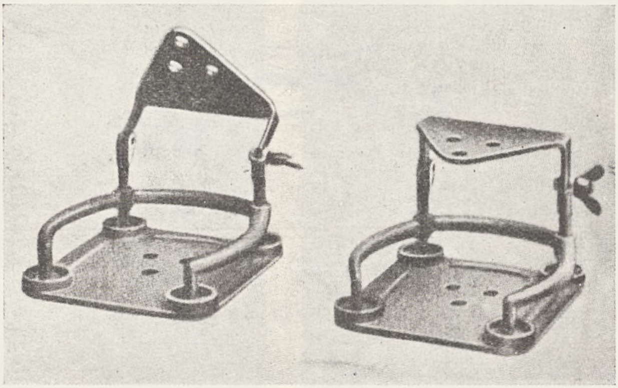
Badania mikroskopowe protezowanych szczęk wykazały jako zasadniczy objaw zanik kości w miejscu silniejszego ucisku. Miejsce



Rys. 3. Schematyczne przedstawienie działania siły policzków i języka na całkowite dostawki: górną i dolną. Na rycinie zaznaczona wklęsłość ściany językowej dolnej dostawki dla wykorzystania siły umocowującej języka. (wedł. Villaina).

zanikłej tkanki kostnej zajmuje zbita tkanka łączna. Nie we wszystkich jednak miejscach ucisk protezy powoduje przerost tkanki łącznej; w niektórych przychodzi naskutek zaniku kości do rozwoju pokładów tłuszczowych, co wytwarza ruchomość, przesuwalność między śluzówką a kością. Zdarzają się także miejsca z zanikiem nabłonka. W niektórych przypadkach naskutek rozrzedzenia kości przychodzi do wypełnienia przestrzeni między nabłonkiem przez szerokie pokłady tkanki łącznej i resztki tkanki tłuszczowej. Wskutek tego powstaje tak silnie nieraz zaznaczona ruchomość podłoża. O ile miejsca silnego obciążenia reagowały na stały uraz zanikiem kości, o tyle w odcinkach odciążonych zaobserwował G r o h s powstawanie kości nowej. Możnaby te stosunki nazwać „dostosowaniem szczęki do protezy“; uraz i zanik, odciążenie i wytwarzanie — oto szale, na których waha się proces przebudowy szczęk we wzajemnej, ścisłej łączności. Proces zaniku kości w szczęce bezzębnej jest procesem fizjolo-

gicznym; noszenie protezy może przyśpieszyć, przesunąć granicę do procesów patologicznych. G r o h s jest zdania, że przy wykonywaniu protez mamy możność regulowania urazu-ucisku przez cały szereg zabiegów. Dokładne badanie kliniczne stanu jamy ustnej bezzębnej jest nieodzowne; stwierdzenie stopnia zaniku wyrostków zębodołowych, podatności podściółki, ustosunkowania przyczepów więzadeł. Wybór metody wycisku jest uzależniony od typu jamy ustnej, przyczem już przy wycisku mamy możność regulowania siły wywieranej na podłoże. Nawiązując do badań L u n d a nad podziałem podniebienia na strefy różniące się spoistością, wysuwa G r o h s praktyczne wnioski, tyczące się reakcji na ucisk i zdolności przenoszenia go na podłoże kostne. Podściółka, składająca się ze zbitej, nieprzesuwalnej tkanki łącznej, silnie zrośniętej z okostną, znosi dobrze ucisk i nie wymaga skomplikowanej metody wyciskowej. Wycisk czynnościowy



Rys. 4. Zgryzadło Wustrowa t. zw. Kaubahnträger.

gipsem na łyżce indywidualnej, uwzględniający ruchy mięśni i więzadeł daje w tym typie jamy ustnej (jama ustna twarda — idealna) zadawalniające wyniki. Gips odtwarza dokładnie warstwę powierzchowną; wykonana według tego wycisku płyta protezy ma stronę wewnętrzną odpowiadającą wiernie powierzchni śluzówki. Dzięki zbitym warstwom podściółki ucisk z powierzchni przenosi się w sposób równomierny na podłoże kostne, bez obawy nadmiernego obciążenia. Miejsca specjalnie wrażliwe jak: zmarszczki podniebienne i brodawka sieczna, albo predestynowane do urazu jak: wystający wał podniebienny, powinny ulec ochronie nawet w wypadku najpomyślniejszych warunków jamy ustnej — przy typie idealnym. Jako ochronę podaje G r o h s podskrobanie odnośnych miejsc w wycisku (otrzymujemy wtedy podniesienie na modelu), albo nałożenie płatków folii na model (otrzymujemy wtedy małe zagłębienie w powierzchni dośluzówkowej płyty).

W związku z odciążeniem odcinka środkowego bezzębnej szczęki górnej podał G r o h s własną modyfikację indywidualnego gipsowego wycisku. Modyfikacja polega na przygotowaniu łyżki szelakowej z małą wnęką w okolicy zmarszczek podniebiennych i wału podniebiennego dla pomieszczenia w tej okolicy nieco większej ilości rzadkiego gipsu, który bez ucisku oddaje obraz powierzchni. Niezależnie od tej ochrony przy wycisku stosuje G r o h s wyżej wymienione sposoby odciążenia.

Przy typie jamy ustnej miękkiej podkreśla G r o h s konieczność uciśnięcia podatnej podściółki, ażeby uzyskać równomierny rozkład obciążenia nie tylko na warstwie powierzchownej, ale i na kości. Przez ową kompressję zwiększa się ciśnienie ujemne pod płytą, co polepsza utrzymanie i funkcję protezy. Dla dokonania ucisku posiłkować się należy wyciskiem indywidualnym masą plastyczną z użyciem wałów zgryzowych. Ucisk na łyżkę palcami jest niewystarczający, a nawet niewłaściwy, ponieważ nie przychodzi tu do równomiernego rozkładu działającej siły na całą powierzchnię szczęki. Natomiast ucisk wałami, odpowiadający zwarciu szczęk w okkluzji przenosi siłę na całą płaszczyznę i odpowiada indywidualnym warunkom czynności mięśni danego osobnika. W przypadkach szczególnej ruchomości błony śluzowej (jama ustna rozwięzła) kompressja w okkluzji jest niewystarczająca. Wtedy zaleca G r o h s, podobnie jak szkoła berlińska, wycisk kompressyjny w ruchu szczęki — nie tylko w okkluzji, ale w artykulacji. Ten rodzaj wycisku daje, zdaniem G r o h s a, najlepsze rezultaty, najbliższe prawdy.

Drugim momentem regulującym działanie ucisku jest ustawienie zębów. G r o h s podkreśla, że tylko prawidłowe ustawienie zębów na wyrostku zębodołowym zapewnia racjonalny rozkład ucisku bez szkody dla otrzymującej go tkanki podłoża. Wadliwe ustawienie sztucznych zębów z pominięciem środka grzbietu wyrostka prowadzi do wyważania dostawki i powoduje szereg zmian patologicznych w całym systemie podłoża: nabłonku, tkance łącznej podściółkowej i kości.

Zmiany w nabłonku i tkance podśluzowej wyrażają się jako stany zapalne, ropienia. Klinicznie przedstawia się to jako bolesne, zaczerwienione miejsce — zwane „odleżyną". Mikroskopowo znajdujemy powiększone, rozszerzone naczynia, oraz liczne nacieki limfocytów, jako obraz stanu zapalnego. Tkanka kostna reaguje na stały wzmożony ucisk zanikiem, szybszym niżby to leżało w granicach zaniku fizjologicznego.

Sama płyta dostawki jako taka jest źródłem przyczyn wywołujących zmiany podłoża.

Przyczyny te są natury bądź chemicznej, bądź mechanicznej.

Autor przypomina znaną wszystkim praktykom sprawę zapaleń błony śluzowej jako wynik podrażnienia chemicznego barwikami kauczuku. Struktura płyty ze względu na porowatość, szorstkość, ma również wpływ, jako stały czynnik drażniący podłoże. Jeden z pre-

paratów mikroskopowych opracowanych przez G r o h s a przedstawiał zmiany w nabłonku i tkance podśluzowej pod wpływem pozornie nieznacznego zgrubienia, fałdy na powierzchni dośluzówkowej płyty, powstałego wskutek skaleczenia modelu. Stąd zaleca G r o h s dokładne sprawdzanie wewnętrznej strony dostawki, celem uniknięcia podobnej komplikacji.

Jako miejsca specjalnie wymagające kontroli wymienia brzegi ssawek, komór przysysających, a nawet kontury ostroodgraniczającego się odciążenia folią cynową. Badania G r o h s a przedstawione na Zjeździe nad zmianami w podłożu pod wpływem płyty, wiążą się z jego pracami na temat zagadnienia metody wyciskowej w zależności od budowy podłoża. Oba zagadnienia znalazły po opublikowaniu wniosków żywy oddźwięk wśród innych autorów jak: T r e b i t s c h, Z i e b e, M e n k e i M e n t z.

Dzięki ożywionej wymianie myśli w literaturze zawodowej na wyżej wymienione tematy, poglądy na te sprawy zostały uzgodnione i uporządkowane w ciągu ostatnich czterech lat prawie wyczerpująco.

Zjazd przedstawił ich przejrzystą syntezę.

W zakończeniu działu protez całkowitych wypada zauważyć znamienny stosunek prelegentów do bezzębnego pacjenta.

Wszyscy zgodnie zalecali ustosunkowanie o dużej dozie cierpliwości, wytrwałości, konieczność zdobycia zaufania pacjenta i rozwiązanie problemu bezzębia takie, któreby oszczędziło pacjentowi jaknajwięcej sił psychicznych.

Rozwaga, cierpliwość i umiejętność — oto trzy warunki, które powinny kierować zabiegami protetyka przy odbudowie bezzębia.

———o———

D z i a ł s t r e s z c z e ń

P R O T E T Y K A.

Dr. H. J. KURZER. (Drezno). Pedagan, stop szlachetny w zastosowaniu do kron i mostów zamiast złota. (Pedagan, eine Edelmetallegierung für die Kronen — und Brücken-technik an Stelle von Gold). Z. Rdsch. 1936 — 20.

W literaturze zawodowej daje się ostatnimi czasy wiele słyszeć na temat poszukiwania pełnowartościowego namiastka złota. Przyczyny tego zjawiska należy szukać w ogólnych trudnościach finansowych z jednej strony, ograniczeniach dewizowych z drugiej. W ogólnym szeregu głosów jedne wypowiadają się za częstszem użyciem porcelany, inne propagują jako materiał zastępczy stal, Vitallium, inne wreszcie wysuwają użycie t. zw. „białych metali".

Metali tych, stopów zawierających srebro i pallad, jest dużo w obiegu; czynią one zadość wymaganiom czynnościowym, hygienicznym i kosmetycznym. W żadnym przypadku nie należy ich mieszać

z Viktorią, Randolfem, które są z punktu widzenia zdrowotnego szkodliwe i nie powinny być w ustach używane. Doświadczenia autora dotyczą Pedaganu, wytwarzanego przez firmę Fritz i Sp. w Dreźnie. Pedagan jest produkowany w czterech gatunkach. Pedagan I/540 dla ciągnionych bez szwu pierścieni, lub dla pierścieni do lutowania lutowiem Pedagan; Pedagan I/640 dla płyt tłoczonych; Pedagan II/590 do odlewów i Pedagan III do klamer, łuków regulacyjnych i t. p.

Pedagan jest materiałem szlachetnym wskutek 30—40% zawartości palladu. Pod względem mechanicznym jest podobny złotu; kolor jego — biały — nie zmienia się nawet przy dłuższem noszeniu w ustach. Pedagan, przeznaczony na pierścienie (I/540), jest równowartościowy. 22 karatowemu złotu. Miękkości 20 — albo 22 karatowego złota w stopach o grupie srebra i palladu nie można osiągnąć — nawet w Pedaganie. Jednak przy Pedaganie na odlewy otrzymujemy zupełnie dobre wyniki, jeśli chodzi o wkładki. Wymagane jest tylko bardzo staranne przygotowanie ubytku i wymodelowanie wkładu niezwykle dokładne.

Na późniejsze dopolerowanie brzegów niezbyt dokładnych liczyć przy Pedaganie nie można ze względu na jego większą twardość, niż twardość złota. Obróbka mechaniczna Pedaganu jest identyczna z obróbką mechaniczną złota; i tu również wymagana jest dokładna znajomość poszczególnych momentów wykonania, mających wpływ na wygląd, zachowanie i funkcję użytego materiału.

Pedagan jest absolutnie wolny od korrosywności — wymaga jednak starannej obróbki.

Przy odlewie Pedaganem należy unikać pęcherzy i pustych miejsc w trzonie odlewu, prowadzących do złamania odlewu. Podgrzanie kiwety do czerwoności. Do odlewu użycie kilku kanałów odlewowych o świetle 1,3—1,5 mm.

Pedagan jest 36—40% lżejszy od złota — modelowanie musi mieć kontury wyraźne, bardziej masywne, niż do odlewów złotych. Punkt topliwości Pedaganu jest 1100—1150° C., a więc wyższy od złota. Przy odlewie należy unikać przegrzania Pedaganu i wytworzenia tlenków; odlanie powinno nastąpić natychmiast po roztopieniu Pedaganu. Odlew prawidłowo wykonany jest bardzo wyraźny; udaje się również dobrze odlew na pierścieniu, lub ćwieku z Pedaganu — autor zaobserwował, że dodatkowe dolutowywanie jest zbyteczne. Lutowanie Pedaganu jest równie łatwe jak złota. Jako środek oczyszczający powierzchnię lutowania przy użyciu Pedaganu poleca autor płyn „Frico“. Ma on nad boraksem tę przewagę, że powleka cienką, równomierną warstwą, oraz nie daje przebarwień, co powstaje na powierzchni Pedaganu właśnie przy użyciu boraksu. Dla tej przyczyny unika autor, gdzie można, metod, któreby zmuszały do następowego lutowania; a więc: korony wykonywa z powierzchnią żującą laną, zęby ćwiekowe z denkiem nie doginanem, lub kutem, lecz lanem, albo poprostu lane kapy korzeniowe, małe mosty lane — przęsło razem z filarami i t. p.

Natychmiastowe ostudzanie Pedaganu po laniu, lub lutowaniu jest szkodliwe — zaleca się staranne, powolne ostudzenie.

Dla uwolnienia powierzchni Pedaganu od warstwy tlenków miedzi, zanurza się dany objekt do 10% kwasu siarkowego na przeciąg 1 do 2 minut. Po tym zanurzeniu powierzchnia Pedaganu jest szarego koloru; kolor srebrzysto-biały występuje dopiero po wypolerowaniu. Polerowanie musi być staranne; do polerowania służy papka pumeksowa na filcu, czarnej szczotce, oraz kreda na szczotce białej. Dla ostatecznej politury poleca dr. Gerlach użycie zielonej pasty, używanej do polerowania stali. Odpowiednio obrobiony Pedagan wykazuje w jamie ustnej odporność na przebarwienia, oraz elektrolityczną obojętność w stosunku do innych metali. Sąsiedztwo wypełnień amalgamatowych, stali, złota znosi Pedagan bez zmiany swej powierzchni. Autor powiada nawet, że Pedagan może być łączony ze złotem; lutowia należy wtedy używać 20 karatowego. Autor raz jeszcze podkreśla konieczność starannej mechanicznej obróbki, która jest warunkiem dobrego zachowania Pedaganu w ustach. Wśród szeregu swych pacjentów, noszących protezy z Pedaganu, nie napotkał ani przebarwień, ani posmaku metalicznego.

Str. *J. Galasińska-Landsbergerowa.*

Doc. Dr. J. CSERNYEI. Wypróbowane szyny do umocowania rozchwianych zębów. (Bewährte Schienen zur Befestigung lockerer Zähne). Z. Rdsch. 1936—16.

Przez zastosowanie szyny dla rozchwianych zębów otrzymujemy nie tylko zachowanie ruchomych filarów, ale przez wykluczenie chronicznego podrażnienia - urazu mamy możność osłabienia zaniku ścian wyrostka zębodołowego. Różnorodne szyny wskutek swej mnogości utrudniają wybór, tymwięcej, że częstokroć ładne modele przy zastosowaniu praktycznym nastręczają przeszkody, udaremniające dobry wynik ostateczny. Większość szyn umocowujących jest polecana na zęby dolne i tu właśnie napotykamy na największe trudności. Ogólnym życzeniem pacjentów jest, aby złoto szyny było dla oka niewidoczne. Również częste anomalie w ustawieniu szeregu zębów, małe skręty dokoła osi, nierówności są przy włączaniu filarów w szynę przyczyną mankamentów z punktu widzenia kosmetyki. Jeżeli względy kosmetyczne nie wchodzą w grę, szyna ustalająca dolna może być ukształtowana jako rodzaj lanej kapy obejmującej brzegi sieczne, kończącej się półkoronami, albo półkoronami z ćwiekiem (filar dewitalizowany) do przewodu na zębach bocznych. M a m l o k, R h e i n polecają szynę, złożoną z poszczególnych wkładów z ćwiekiem do kanału, zlutowanych w jedną całość. Wykonanie takiej szyny jest nader żmudne ze względu na sprawę równoległości kanałów, możliwości przesunięcia poszczególnych członów podczas lutowania i t. p. Ten typ szyny ustalającej nadaje się lepiej do zębów górnych, niż dolnych ze względu na trudności oczyszczania mostu w szczęce dolnej. Równie ważną jest szyna usta-

lająca w obrębie przedtrzonowców i trzonowców. Autor poleca szynę przebiegającą w kierunku mesiodistalnym, we wgłębieniu pomiędzy guzkami policzkowymi i językowymi. Założenie tej szyny połączone jest z dewitalizacją filarów i umieszczeniem ćwieków do kanałów, którym nadaje się w miarę możności kierunek równoległy. Osobiste doświadczenie lekarza powinno rozstrzygać czy szyna ustalająca ma być założona przed, czy po zabiegu operacyjnym - chirurgicznym. Zauważono, że po przeprowadzeniu dewitalizacji i gingiwektomii rozchwiane zęby zyskują na umocowaniu, tak, że dla pracy protetycznej wytwarzają się pomyślniejsze warunki.

Str. *J. Galasińska-Landsbergerowa.*

Docent FEYZULLAH DOGRUER. Działanie arsenu na miazgę. (Disözü Degeneration larindan arsenik vasitasile nécrose, Türk, Odontoloji Bülteni 1936—4).

Arsen działa na miazgę w sposób następujący:
1) znosi ból,
2) powoduje obumarcie miazgi,
3) działa dezynfekująco,
4) powoduje zapalenie miazgi,
5) powoduje wylewy krwawe.

W celu obserwowania zmian histologicznych w miazdze, występujących pod wpływem arsenu, działamy na nią kwasem karbolowym i utrwalamy w parafinie. Pod mikroskopem widzimy zmętniałe komórki; jądro i otoczka pod wpływem arsenu rozpuściły się i znikły. Te zmiany następują w ciągu kilku dni.

Mimo to, że nie znamy dostatecznie wszechstronnego działania arsenu, to wiemy napewno, że pod wpływem tego działania zużywanie tlenu jest upośledzone, gdyż fermenty, powodujące procesy utleniania, uległy działaniu arsenu. Komórka umiera i przestaje się barwić.

Trzeba zapamiętać, że arsen nie powoduje ścinania się białka komórki, ale za pomocą krwi i limfy miazga go resorbuje.

W krótkim czasie po zadziałaniu arsenu w miazdze powstaje podrażnienie (irritation); po pół godzinie występuje stan zapalny (inflammation). Jeżeli miazga już uprzednio była w stanie zapalnym, to pod działaniem arsenu ten stan się potęguje.

Po godzinie we włóknach nerwowych rozpoczyna się proces degeneracji, na skutek czego, przestają one przewodzić bodźce.

Po 12 godzinach widzimy zmiany w samej budowie komórki.

Nie jest słusznym twierdzenie, że miazga obumiera warstwami, proces obejmuje jednocześnie całą miazgę.

Po uszkodzeniu nerwów arsen atakuje naczynia krwionośne; krew z naczyń włosowatych wychodzi nazewnątrz, zaś krew pozostająca w naczyniach krzepnie. Początkowo sądzono, że obumarcie miazgi następuje pod wpływem krzepnięcia krwi, ale to nie jest słuszne.

W jaki sposób możemy skorzystać z tego wszystkiego, cośmy tutaj powiedzieli?

Jeżeli arsen jest resorbowany przez miazgę, to dowód, że musimy go kłaść na odkrytą miazgę. W przypadkach, gdy po kilku nakładaniach arsenu nie widzimy skutku, to jest tu tylko przyczyną zła technika i nieumiejętność w wykonaniu zabiegu.

Np. przy wrzodziejącym zapaleniu miazgi pas obumarły przeszkadza działaniu arsenu. Ale jeżeli arsen mamy kłaść na odkrytą miazgę, to ta miazga nie powinna krwawić. Błędy, które się w tych przypadkach robi, mogą być naprzykład: arsen kładziemy na zębinę, której grubości nie znamy. Arsen nie może zadziałać degenerująco na włókna nerwowe, zwiększa tylko stan zapalny i ból trwa dalej. Dopiero po 3 godzinach występuje znieczulające działanie arsenu.

Z dezynfekujących własności arsenu korzystać nie możemy, gdyż występuje to przy stężeniu 1—2% i musiałoby się zadziałać na miazgę ze wszystkich stron.

Ilość arsenu potrzebna do zdewitalizowania miazgi wynosi 0,02 gr.

Dzisiaj skonstatowano, że lepiej od arsenu działa kobalt, w którym znajduje się 25% arsenu w stanie kolloidalnym. W tym wypadku arsen jest rozproszony na małe cząsteczki, przez co zwiększa się jego powierzchnia.

Działanie arsenu w przewodach nie jest tak ważne; ważniejsze jest jego działanie przywierzchołkowe, o czym będziemy mówić później.

Str. *Onik Tachtakran.*

—o—

RUCH NAUKOWY W TOWARZYSTWACH.

CYKL KONFERENCYJ DLA MŁODZIEŻY.

O wyborze zawodu.

Zjednoczenie Zrzeszeń Rodzicielskich w Polsce, chcąc młodzieży dopomóc w wyborze zawodu, urządziło szereg konferencyj, mających za zadanie uświadomić młodzież o cechach niektórych zawodów i potrzebnych do tego studiów. Tegoroczny program objął następujące konferencje: 1) O samowiedzy i motywach trafnego i błędnego wyboru zawodu; 2) O metodach studiowania na wyższych i średnich uczelniach; 3) O zawodzie architekta; 4) Mechanika; 5) Elektryka; 6) Lekarza; 7) Lekarza-dentysty; 8) Chemika i chemika-technika, 9) Farmaceuty; 10) Nauczyciela; 11) Prawnika; 12) Handlowym; 13) Rolnika; 14) Leśnika; 15) Ogrodnika; 16) Inżynierii wodnej i lądowej; 17) Wojskowym; 18) Marynarza; 19) Lotnika; 20) Sztuki plastyczne a rękodzieła; 21) O zawodzie pielęgniarki; 22) O zawodach związanych z gospodarstwem domowym i rękodziełem.

Jako prelegentów konferencyj zaproszono pp. profesorów odnośnych uczelni, względnie wybitniejsze siły zawodowe.

Prof. ZEŃCZAK MARIAN. *Warszawa.*

O zawodzie lekarsko dentystycznym.

Wybór zawodu jest rzeczą niezmiernie ważną, decydującą niejednokrotnie o kształtowaniu się życia w przyszłości. Niewielu jest w tak szczęśliwym położeniu, przez los niejako uprzywilejowanych, że mają urobione w sobie wytyczne o przyszłości, że wiedzą, do czego mają zdolności, jaka praca i jaki zawód najbardziej im odpowiada. Najczęściej brak decyzji to dramat cały dla kończących średnie studia. Zaniepokojenie trapi zazwyczaj i rodziców, troszczących się o przyszłość swoich dzieci. Inicjatywa udzielenia młodzieży w tym kierunku pomocy, wyłoniona przez Zrzeszenia Rodzicielskie zasługuje więc na pełne uznanie.

Zawód lekarza-dentysty, jak wynika z samego brzmienia tytułu, zawiera w sobie zamiłowanie do zawodu lekarskiego, którego głównym celem praktycznym jest niesienie chorym pomocy moralnej i fizycznej, czyli podtrzymywanie ducha u chorych wpływem psychicznym i ulżenie ich cierpieniom łącznie z przywróceniem zdrowotności i zdolności życiowej schorzałego organizmu za pomocą rozporządzalnych przez lekarza środków. Konieczność ciągłej i bezpośredniej współpracy z chorym wymaga od lekarza posiadania przez niego niektórych cech fizycznych i duchowych. Wszelkie rzucające się w oczy ułomności są zasadniczą przeszkodą w sprawowaniu zawodu, miła natomiast powierzchowność, wielką zaletą. Pozostawanie na usługach chorych bez względu na porę dnia, a często i nocy oraz wytężająca praca przy fotelu dentystycznym, nie pozwalają sprostać zadaniu lekarza dentysty osobnikom sercowo chorym lub upośledzonym innymi wadami organicznymi, nadwerężającymi ich wytrzymałość fizyczną. Zawód lekarza-dentysty, podobnie jak okulisty i laryngologa, różni się od zawodu lekarzy praktyków innych specjalności tym, że oprócz wiadomości naukowych i wysokich cech charakteru wymaga czynnych zabiegów rękami i ciągłego posługiwania się instrumentami i maszynami. Zadanie lekarza-dentysty polega na pracy w ustach, a zatem w małej przestrzeni, przy czym najdrobniejsze szczegóły muszą być dokładnie i precyzyjnie wykonane. Praca z małymi obiektami w utrudnionych warunkach jamy ustnej nie powinna lekarza z równowagi wyprowadzić, co łatwo może nastąpić przy ogólnym stanie nerwowości. Widok jamy ustnej, nie pielęgnowanej latami całymi, ziejącej przykrą wonią rozkładających się resztek pokarmowych, jest niemiły, a nawet obrzydliwy, a jednak nie powinien obrzydzać lekarza lub przeszkadzać mu w pracy. W przypadku pozytywnym nie może tego choremu pokazać, lub okazać jakąkolwiek niechęć do chorego, któremu ma nieść pomoc. Chory zwraca się do lekarza ze swym cierpieniem, szukając współczucia i pomocy, i nie

powinien się w tym rozczarować. *Lekarz musi okazać współczucie i zrozumienie*, lecz ono nie może wpływać nań subiektywnie, by nie zmylić właściwej drogi postępowania. Lekarz musi się do choroby obiektywnie odnosić i uczucie rozumowi podporządkować. Nawet przy świadomym sprawianiu bólu nie może go nigdy współczucie lub uzewnętrznienie bólu przez chorego odwieść z obranej drogi. Oprócz tego, że lekarz nie powinien ulegać wpływowom chorego, musi sam jeszcze korzystnie wpłynąć na chorego. Obcowanie z chorym, najczęściej wymęczonym swym stanem chorobowym, wymaga dużego opanowania, a częstokroć samozaparcia się. *Chory* interesując się stanem swego zdrowia, *szuka swego wyroku w wyrazie twarzy zajętego nim lekarza.*

W czasie pracy lekarza-dentysty są *czynne ramiona, ręce i palce* zarówno lewej jak i prawej ręki, przy czym palce utrzymują instrumenty, a *stawy muszą być swobodne*, by pozwolić na wszelkie ruchy zarówno palców jak garści, przedramienia i ramienia. Czucie w palcach musi być dobrze rozwinięte. Różnice w ucisku i oporze muszą być łatwo uchwytywane. Instrumenty muszą być wprowadzane spokojną i pewną ręką. Zdolność wykonywania skomplikowanych ruchów rękami i nogami jest konieczna np. przy wierceniu nożną maszyną w czasie pracy przy fotelu lub w pracowni przy robotach technicznych lutowania, odlewania i t. p.

Nie ma również żadnej czynności dentystycznej bez *współudziału wzroku*. Dokładność wykonawcza w drobnych szczegółach wszelkich rękoczynów wymaga od lekarza dentysty dobrego wzroku i dużego zasobu cierpliwości. Wszelkie zaburzenia wzrokowe: *krótkowzroczność, dalekowidztwo lub ślepota barw są zasadniczą przeszkodą* do sprawowania zawodu. *Krótkowzroczność*, zniewalająca do zbyt silnego przybliżania głowy lekarza do rozwartych ust chorego, sprowadza obustronne pozostawanie przy pracy we wzajemnej sferze oddechowej. Wszelkie wyziewy oddechowe udzielają się bezpośrednio choremu i lekarzowi, stwarzając po za przykrościami węchowymi *możliwość łatwego* obopólnego *zarażania* się przez rozpylanie wydzielin. pochodzących z płuc względnie z ust. Poza tym chory doznaje przykrego uczucia, gdy lekarz się zbytnio doń zbliża i prawie na nim kładzie. Dobroć jednego oka nie wystarcza, bo jedno oko widzi powierzchnię tylko, a *zdolność osądzenia odległości i głębokości*, które kierują rozpiętością naszych ruchów, zdobywa się tylko *obuocznym widzeniem*. Wszelkie niedomagania wzrokowe pociągają za sobą niedokładności wykonywanych rękoczynów. Kto nie widzi dobrze, ten nie może pełnić zawodu lekarza-dentysty. Przy odbudowie utraconych części uzębienia, zarówno plombowaniu jako też uzupełnianiu protetycznym, zachodzi konieczność doboru kolorów, tak, by dodatek sztuczny nie wyróżniał się od pozostałych zębów, lecz zlewał się w niewidoczną i harmonijną całość. Wszelkie obniżenie wrażliwości wzrokowej na barwy, znane pod nazwą ślepoty barw czyli daltonizmu, jest ważnym upośledzeniem zawodowym.

Okrzyczany przerost w wolnych zawodach zmusza do zastanowienia się, czy należy doradzać do studiów dentystycznych, czy też wprost odradzać. Bezwzględnie łatwość zarobkowania zależy w znacznej mierze od stanu finansowego społeczeństwa. Trudno cośkolwiek sądzić o przyszłości. Obecnie niektórzy lekarze, zwłaszcza w środowiskach większych, są w biedzie. Nie można jednak w tym dopatrywać się braku pracy dla nich. Wina leży raczej w nich samych, że nie stanęli na wyżynie swego zadania. Najprawdopodobniej większość z nich nie znalazłaby się w lepszym położeniu i przy dogodniejszych warunkach materialnych ogółu społeczeństwa. Niejednokrotnie daje się zauważyć, że wyróżniający się w czasie studiów jako wybitny zawodowiec zyskuje rychło po wyjściu z uczelni dobrą praktykę lub dobre stanowisko, zapewniające mu znaczenie i dobrobyt. Z drugiej strony widzi się znów szereg uczących się rówieśników, których odnoszenie się do studiów wzbudza odrazu wątpliwość, czy taki sprosta zadaniu przy spełnianiu zawodu. Odpowiednim do zawodu należy doradzać, a nieodpowiednim zwrócić uwagę, że czeka ich ciężka walka życiowa.

Powodzenie zawodowe zależy od energii i woli. Sumienność i dokładność w spełnianiu zawodu przysparza przychylnych zwolenników i gromadzi rzesze chorych, szukających u takich lekarzy pomocy. Właściwości charakteru posiadają wyższość od zdolności umysłowych i fizycznych. Silna wola, samoopanowywanie się, czyli zdolność opanowania odruchów przestrachu, niepokoju, niezadowolenia, niecierpliwości, gniewu, lub podniecenia, przytomność umysłu, samodzielność, pewność i jasność wygłaszania swych zdań, opieranie swych wywodów na zasadach wiedzy i krytycyzmu i t. p. są tymi pożądanymi właściwościami charakteru, które przy pewnym zasobie zdolności umysłowych i fizycznych pozwolą podołać zadaniu studiów i zawodu.

Uwzględnić przy tym należy, że zawód lekarza dentysty, podobnie jak każdej innej specjalności lekarskiej, należy życiowo do najtrudniejszych zawodów. Wiedza lekarska jest nauką żywą i kroczy ciągle bez przerwy naprzód. Zagadnienie zmagania się wiedzy ze skomplikowanymi wybrykami natury u chorego towarzyszy lekarzowi bezustannie przez całe życie. Obcowanie z chorymi, świadomość odpowiedzialności i ciągła praca naukowa nad sobą są istotną treścią zawodu.

Lekarz, oddany swemu zawodowi i pojmujący sumiennie swe obowiązki, zatraca w stosunku do siebie nawet instynkt samozachowawczy i nie ma do swobodnego rozporządzenia ani dnia ani godziny, będącej jego wyłączną własnością lub należącą do jego rodziny. Zawsze musi być na posterunku gotów do niesienia pomocy chorym bez względu na porę dnia i nocy. W chwilach wolnych od obowiązków względem chorych umysł lekarza trudzi się rozwiązywaniem zagadnień naukowych i ciągłym dokształcaniem się, tworząc z lekarza typ wiecznego studenta.

Stykając się ciągle z nędzą i rozpaczą ludzką, lekarz trzyma mocno swe nerwy na wodzy w otoczeniu obcym i opanowywując się, nie

zdradza niczym swego właściwego osobistego stanu psychicznego. Znalazłszy się w środowisku swego domowego otoczenia, zrywa maskę zewnętrzną, a potargane nerwy czynią lekarza bezwolnie w domu niecierpliwym, opryskliwym, niepohamowanym i przykrym w odniesieniu do najbliższych.

Bezustanna praca i nastawienie jej w kierunku ciągłego poświęcania swych sił na usługi społeczne czynią zawód mniej odpowiedni dla kobiet. Układ społeczny, uświęcony szeregiem stuleci i szeregiem pokoleń, oddał kobietom opiekę nad ogniskiem rodzinnym. Mimo woli więc sprawy domowe opanowują konsekwentnie coraz bardziej umysł kobiety, a z czasem absorbują ją prawie całkowicie w tym kierunku. Zawód lekarza, wymagający ciągłej pracy nad sobą, nie zna żadnych kompromisów i nie godzi się na łączenie go z obowiązkami domowymi. Przyrodzone posłannictwo pomnażania rodziny uniemożliwia pracę dokształcania się. Wiadomości nabyte w czasie studiów są w zawodzie lekarskim podstawą tylko do dalszej i bezustannej pracy nad sobą. Kto ciągłej pracy dokształcania się podołać nie może, zatrzymuje się w postępie wiedzy, a poprzestając na raz uzyskanych wiadomościach, obniża zawód. Stąd pochodzą często podnoszone uzasadnione głosy w kierunku ograniczania kobietom dostępu do zawodu lekarskiego i lekarsko-dentystycznego. Nie przeczy to bynajmniej faktom, że wśród kobiet są liczne zastępy jednostek dla zawodu pożytecznych, ale nie można tego uogólniać.

Niestety, jest bardzo wiele kobiet, a częstokroć i mężczyzn wśród lekarzy-dentystów, którzy nie widzą w zawodzie jego istotnego posłannictwa jako służby dla dobra społeczeństwa, ale pojmują zawód jako rzemiosło zarobkowe. Zaślepieni dążeniem zarobkowym, ulegają łatwo nieetycznym zawodowo postępkom. Posługiwanie się pomocniczym laboratoryjnym personelem technicznym w pracy lekarskiej, względnie pokrywanie swymi uprawnieniami lekarskimi nielegalnej pracy techników dentystycznych są życiowymi dowodami braku zrozumienia posłannictwa lekarza w społeczeństwie.

Korzystną cechą kobiet w zawodzie lekarsko-dentystycznym jest ich większe zrozumienie dla psychiki dziecięcej. Dzieci naogół dają się łatwiej opanowywać i prowadzić przez kobiety. Przyzwyczajanie dzieci do zabiegów dentystycznych, a równocześnie i do stałej pielęgnacji uzębienia, jest ważnym czynnikiem zdrowotnym społeczeństwa. Ze schorzeniami zębowymi są związane bowiem nie tylko schorzenia przewodu pokarmowego, ale i znaczna ilość chorób ogólnych ,względnie schorzeń odległych organów, nie mających pozornie żadnej łączności. Dbanie o zęby powinno być wpajane we wczesnym już dzieciństwie. Lekarz-dentysta powinien pod tym względem przyjąć na siebie rolę wychowawcy młodego pokolenia. Każde brutalne obejście się z dzieckiem wżera się głęboko w pamięć młodego organizmu i pozostawia ślady odruchowej bojaźni do zabiegów dentystycznych przez całe życie.

Przechodząc do omówienia warunków studiów, zaznaczyć muszę, że studia lekarsko-dentystyczne odbywają się w Akademii Stomatolo-

gicznej i obejmują zakres specjalności lekarskiej, dotyczącej chorób zębów i jamy ustnej. Jako specjalność gałęzi lekarskiej, studia dentystyczne są oparte na szerokich podstawach nauk przyrodniczo-lekarskich. Okres studiów trwa obecnie jeszcze cztery lata, a w najbliższej przyszłości przewiduje się okres pięcioletni i w ciągu tego czasu studiujący muszą zaczerpnąć wiele wiadomości z zakresu medycyny oraz posiąść całość wiedzy specjalnej stomatologicznej.

Krótki stosunkowo okres studiów wymaga znacznego skupienia wykładów i ćwiczeń z zakresu przedmiotów lekarskich, a to tymbardziej, że równocześnie dochodzą jeszcze i przedmioty specjalizacyjne stomatologiczne. Student I roku Akademii Stomatologicznej musi się w wykładach zaznajomić nie tylko z przedmiotami, wykładanymi na medycynie w ciągu dwu lat, ale staje odrazu przy warsztacie specjalizacyjnym, mając równocześnie wykłady teoretyczne i ćwiczenia praktyczne z protetyki dentystycznej. Bezwzględnie w wykładach dla medyków ujmują P. P. Profesorowie odnośne przedmioty bardziej szczegółowo, aniżeli dla studentów Akademii Stomatologicznej. Inaczej uskutecznienia tego w krótszym okresie czasu nie można sobie nawet wyobrazić, ale ogólne zasady teoretyczne i praktyczne muszą być studentom wszczepione i przez nich opanowane.

Pierwszy rok studiów w Akademii Stomatologicznej obejmuje przedmioty ogólno-lekarskie z ćwiczeniami: 1) fizykę, 2) chemię nieorganiczną, organiczną oraz chemię specjalną, obejmującą materiałoznawstwo dentystyczne, 3) anatomię opisową oraz anatomię jamy ustnej i zębów, 4) histologię prawidłową i embriologię, 5) fizjologię wraz z podstawami chemii fizjologicznej.

W wykładanych przedmiotach ogólno-lekarskich zwraca program szczególną uwagę na działy potrzebne specjalności stomatologicznej, które wyodrębnia się nawet często w osobne wykłady, zaznajamiając w ten sposób studentów Akademii bardziej szczegółowo z wiedzą potrzebną dla zawodu lekarsko-dentystycznego. Wykłady dla medyków nie ujmują tych szczegółów ważnych dla specjalności stomatologicznej. Ponadto do programu pierwszego roku studiów dentystycznych wchodzi przedmiot specjalny propedeutyka protetyki dentystycznej wraz z ćwiczeniami.

Studia dentystyczne przybierają zatem odrazu charakter specjalizacyjny dla zawodu lekarsko-dentystycznego. Z tym łączą się trudności przenoszenia się studentów medyków do Akademii Stomatologicznej i odwrotnie.

Wprawdzie zachodzą przypadki przyjęcia na drugi rok studiów do Akademii studentów medycyny po dwuletnich studiach medycznych i pomyślnych egzaminach, co pociąga dla studenta utratę w studiach tylko jednego roku, ale czyni się to niechętnie. Brak medykom początkowych wiadomości specjalnych stomatologicznych nawet w zakresie przedmiotów ogólno-lekarskich utrudnia im odrazu dalsze studia w Akademii. Wobec przeciążenia obowiązkową pracą studentów Akademii, możliwość uzupełnienia braków jest nader trudna. Przy przyjmowaniu studentów innych wydziałów poza medycyną nie zalicza się

im nic z odbytych już studiów na poczet skrócenia studiów dentystycznych.

Wynik pierwszego roku studiów uświęcają egzaminy przejściowe, dopuszczające studentów przy pomyślnym zdaniu na drugi rok. W skład egzaminów wchodzą: anatomia, histologia, chemia i fizyka. Egzaminy odbywają się w terminach przed i po wakacyjnych. Egzamin z fiziologii, jako wymagający uprzedniego wykazania się pełnymi wiadomościami z anatomii i histologii, musi z konieczności odbywać się na początku drugiego roku studiów.

Do programu drugiego roku studiów wchodzą z przedmiotów ogólno lekarskich: 1) anatomia patologiczna i szczegółowa z ćwiczeniami, 2) bakteriologia z ćwiczeniami, 3) farmakologia z ćwiczeniami oraz przedmioty specjalne, 4) teoria dentystyki zachowawczej wraz z ćwiczeniami fantomowymi, 5) dalszy ciąg propedeutyki protetycznej z ćwiczeniami i 6) dodatkowo rysunki z formowaniem zębów i ubytków z ćwiczeniami.

Ukończenie drugiego roku studiów stwierdza pomyślny wynik egzaminów z anatomii patologicznej, bakteriologii, farmakologii, dentystyki zachowawczej i propedeutyki protetycznej.

Trzeci rok studiów obejmuje przedmioty ogólno-lekarskie: 1) medycynę wewnętrzną z ćwiczeniami w zastosowaniu do dentystyki, 2) higienę z ćwiczeniami, 3) chirurgię ogólną z demonstracjami. 4) dermatologię i syfilidologię, oraz specjalne, 5) chirurgię stomatologiczną z ćwiczeniami i demonstracjami, 6) ortodoncję, 7) oraz dalszy ciąg dentystyki zachowawczej z kliniką i 8) wykłady kliniczne z kliniką z protetyki dentystycznej.

Po trzecim roku obowiązuje studentów odbycie egzaminów z chorób wewnętrznych, higieny, chirurgii ogólnej, dermatologii i syfilidologii oraz chirurgii stomatologicznej.

Ostatni czyli czwarty rok studiów jest poświęcony głównie pracom studentów przy chorych na 4 klinikach specjalnych oraz wykładom z 1) etyki lekarskiej, 2) laryngologii, 3) rentgenologii dentystycznej i fizykoterapii, jako też wykładom klinicznym z przedmiotów specjalnych: dentystyki zachowawczej, chirurgii stomatologicznej, protetyki dentystycznej i ortodoncji.

Egzamin końcowy czyli dyplomowy odbywa się po czwartym roku po uzyskaniu absolutorium t. j. po letnich feriach wakacyjnych w ciągu trymestru jesiennego.

Całość studiów w obecnej formie obejmuje zatem 4 lata i jeden trymestr. Chcąc przy tym podać ich charakterystykę, musi się je nazwać studiami ciężkimi. Z ogólnej liczby 19 przedmiotów są zaledwie trzy przedmioty: fizyka, chemia i rysunki, znane poniekąd w ogólnych zarysach z nauki w szkołach średnich; szesnaście natomiast jest zupełnie nowych, a mianowicie: anatomia, histologia, fizjologia, protetyka dentystyczna, anatomia patologiczna, bakteriologia, farmakologia, dentystyka zachowawcza, medycyna wewnętrzna, chirurgia ogólna, dermatologia, chirurgia stomatologiczna, ortodoncja, laryngologia, etyka lekarska i rentgenologia. Prawidłowy przebieg studiów jest

kontrolowany przez egzaminy przejściowe, składane po pierwszym roku z czterech przedmiotów, po drugim z sześciu, po trzecim z pięciu, oraz egzamin dyplomowy z pięciu przedmiotów.

Podołanie ogromowi pracy podczas zaznajamiania się z teorią tak wielu przedmiotów, posiadających bardzo szeroki zakres wiedzy i przy równoczesnych zajęciach praktycznych może nastąpić jedynie przy dobrych warunkach studiującego. Głównym warunkiem będzie zatym znaczna wytrzymałość zdrowotna na trudy studiów, oraz zabezpieczenie materialne w ciągu ich odbywania. Dotychczasowe doświadczenie uczy, że słabsze organizmy ulegają nadmiarowi pracy i ciężkie schorzenia gruźlicze podczas studiów nie należą do rzadkości. Nadmiar zajęć nie pozwala również na dodatkową pracę zarobkową bez uszczerbku dla nauki. Brak pełnego zdrowia albo brak zasobów materialnych przemawia raczej za rezygnacją ze studiów dentystycznych, a skierowaniem się na studia o warunkach bardziej przystępnych.

Napływ kandydatów na studia dentystyczne jest duży. Wobec ograniczenia liczby przyjęć nowych kandydatów do 100 rocznie, Akademia eliminuje znaczną ilość zgłaszających się. Kandydaci muszą posiadać oprócz świadectwa dojrzałości, dowód, wykazujący znajomość łaciny z zakresu 6 klas gimnazjalnych, jeżeli łacina nie wchodziła w program nauki odnośnej szkoły średniej.

Eliminowanie nadmiaru zgłaszających się kandydatów odbywa się przez zastosowanie konkursu egzaminu wstępnego i konkursu matur. Zwłaszcza konkurs egzaminu wstępnego jest przez władze Akademii szczególnie wyróżniany, jako główny czynnik jakościowej eliminacji kandydatów.

Niektórzy z grona nie przyjętych wyjeżdżają na studia dentystyczne za granicę. Przed takim rozwiązaniem muszę ostrzec, albowiem studia zagraniczne nie są uznawane w kraju za równoznaczne i muszą ulec nostryfikacji, a ilość kandydatów do nostryfikacji jest w Akademii również ograniczona. Obecnie Akademia nie przyjmuje zupełnie nawet podań o nostryfikację do roku 1942. Dodać przy tym należy, że przewidziane ewentualnie nostryfikacje w przyszłości dotyczyć mogą tylko dyplomów dentystycznych, uzyskanych w uczelniach, stojących na tym samym poziomie naukowym, co Akademia. Mogą zatem zajść okoliczności, że kandydaci do nostryfikacji po długoletnich oczekiwaniach na przyjęcie podania o nostryfikację, dowiedzą się, że nostryfikacja przedstawionego dyplomu zagranicznego, wobec różnicy poziomu studiów w porównaniu z Akademią, nie może być dokonana.

Sprawozdanie z Kursu Ortodoncji urządz. przez Oddział Łódzki Zrzeszenia Absolwentów P. I. D. w dniach 9.V do 7.VI. 36.

Staraniem oddziału łódzkiego Zrzeszenia Absolwentów P. I. D. odbył się w Łodzi w czasie od 9 maja do 7 czerwca 1936 r. kurs ortodoncji dla członków Zrzeszenia oraz kolegów innych Zrzeszeń. Kurs, obejmujący dział teoretyczny i praktyczny prowadzony był przez ad-

junkta Kliniki Ortodoncji Akademii Stomatologicznej w Warszawie p. Antoninę Grzybowską. Wykłady odbywały się co 2 tygodnie, w soboty i niedziele i obejmowały w swym programie następujące działy:

1. Przyczyny powstawania anomalij szczękowych i zgryzowych;
2. Profilaktyka;
3. Diagnostyka wg. Angle'a i Simona;
4. Diagnostyka ortodontyczna w praktyce.
5. Zestawienie modeli szczękowych i fotografij pacjentów według poszczególnych typów nieprawidłowości;
6. Wiek regulacyjny;
7. Leczenie wczesne i późniejsze. (Demonstracja standaryzowanych aparatów regulacyjnych);
8. Teoretyczne podstawy dla technicznego wykonania składowych części aparatów regulacyjnych. Kurs praktyczno-techniczny, prowadzony przez technika dent. Kliniki Ort. A. S. Zaznajomienie się praktyczne z laboratoryjną stroną wykonania aparatów regulacyjnych.

Kurs powyższy cieszył się dużym zainteresowaniem kolegów, o czym świadczy duża ilość uczestników (47 osób), którzy nie opuszczali prawie żadnego wykładu. Liczne podziękowania skierowane do Zarządu Zrzeszenia naszego świadczą o uznaniu, jakim powyższy Kurs się cieszył. Pani kol. Grzybowskiej należą się w tym miejscu wyrazy szczerego uznania za bardzo ciekawe i dostępne ujęcie przedmiotu; nadmienić trzeba, że główny nacisk prelegentka kładła na stronę pokazową, praktyczną, ożywiając wykłady dużą ilością przezroczy oraz modeli, co w wielkiej mierze przyczyniło się do udostępnienia treści przedmiotu. Całość udana i z pożytkiem. Za użyczenie pomocy naukowych z Kliniki Ortodoncji Akademii Stomatologicznej — wyrazy szczerego podziękowania kierownikowi Kliniki JWPanu Prof. Zeńczakowi.

Zarząd Oddziału Łódzkiego Zrzesz. Abs. P. I. D.

———o———

KALENDARZ ZJAZDOWY.

1937. 4—7.VII. L w ó w. VIII. Polski Zjazd Stomatologiczny, jako Sekcja XV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich.

1937. 31.VII. — 4.VIII. D ü s s e l d o r f. Zjazd Niemieckich Lekarzy Dentystów.

Co się tyczy programu i tematów, mających być przedmiotem obrad VIII. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego we Lwowie, nie możemy podać Szan. Czytelnikom, gdyż do tej pory redakcja nie otrzymała od Komitetu Organizacyjnego żadnych Komunikatów.

———o———

WIADOMOŚCI UNIWERSYTECKIE.

EWOLUCJA CZY REWOLUCJA.

(Na marginesie broszur P. Prof. Dra A. Cieszyńskiego p. t. „Projekt Akademii Stomatologicznej w Warszawie, reformy studiów tejże Uczelni w świetle ankiety międzynarodowej" oraz p. t. „Naprzód, czy wstecz").

P. Prof. Dr Antoni Cieszyński wygłisił dnia 15 maja 1936 roku na XV posiedzeniu naukowym Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego referat p. t. „Projekt Akademii Stomatologicznej w Warszawie, reformy studiów w tejże Uczelni w świetle ankiety międzynarodowej", który to referat w postaci odbitki z nr. 11—12 Nowin Społeczno-Lekarskich przesłał Dziekanat Wydziału Lekarskiego U. J. K. dnia 23 grudnia 1936 r. Ministerstwu W. R. i O. P., jako załącznik do opinii tegoż Wydziału w sprawie tytułu magistra stomatologii. Niezależnie od powyższego prof. dr Cieszyński wydał broszurę p. t. „Naprzód, czy wstecz", jako jego argumentację z dnia 17 grudnia 1936 r. w sprawie reformy studiów i tytułu magistra stomatologii w Akademii Stomatologicznej w Warszawie. Broszura ta w odnośniku zawiera taki typowy dopisek samego autora, „że Wydział Lekarski U. J. K. w sprawie reformy studiów A. S. i przyszłego tytułu jej absolwentów powołuje się na argumenty **prof. Cieszyńskiego, jako miarodajnego eksperta w sprawie dentystyki i stomatologii na terenie międzynarodowym"** (podkreślenia nasze). Broszura ta łącznie z wspomnianym wyżej „Projektem" rozesłana została nie tylko czynnikom w tejże sprawie kompetentnym, ale nadto redakcjom pism codziennych; ten ostatni fakt charakteryzuje dostatecznie i bez potrzeby uciekania się do jakichkolwiek uzasadnień istotę poczynań p. prof. dra Cieszyńskiego, który widocznie niezależnie od uznania go przez Wydział Lekarski U. J. K. „miarodajnym ekspertem na terenie międzynarodowym" takiego uznania pragnął się doczekać również na łamach prasy codziennej. W tym jednak wypadku środek nie uświęcił celu — prasa bowiem słusznie przemilczała ten cichy, zbożny apel.

Tak przedstawiałaby się pokrótce ze strony p. prof. dra Cieszyńskiego sprawa kolportażu projektu reformy studiów w A. S. łącznie z ustalaniem tytułu dla absolwentów tejże Uczelni.

Jeżeli idzie o stronę merytoryczną, to tu mielibyśmy do rozpatrzenia dwa odrębne zagadnienia, a mianowicie: 1) wspomniany wyżej referat prof. dra Cieszyńskiego, ogłoszony drukiem oraz 2) broszurę p. t. „Naprzód, czy wstecz".

Referat prof. dra Cieszyńskiego, dający rzut projektu reformy studiów w A. S. opiera się według słów autora (str. 15) przede wszystkim na wynikach międzynarodowej, a przez niego przeprowadzonej ankiety; dziwnym zbiegiem okoliczności treść formularza tej ankiety

została w tej broszurze referatowej pominięta (a to chyba dla uzyskania właściwej odpowiedzi nie jest bez znaczenia), a co najważniejsze brak w tej broszurze ujawnienia treści motywacji za poszczególnymi typami studiów. Wprawdzie p. prof. dr Cieszyński (str. 17) zapowiedział, że motywacja ta ogłoszona zostanie przez niego w osobnej pracy — jednak mimo upływu już dziesięciu miesięcy od dnia ogłoszenia tego referatu motywacja ta dotąd się nie ukazała. W tych warunkach grafikony nie mogą być w żadnym wypadku uzasadnieniem słuszności tez prof. dra Cieszyńskiego — nie mówiąc już o innych „pomocniczych" grafikonach i wywodach w tej broszurze podniesionych — **zaś całość nie nadaje się do szczegółowego rozpatrzenia, posiada bowiem najistotniejsze braki tkwiące przede wszystkim w istocie samych argumentów, przytoczonych na poparcie tezy.** Z tych więc powodów odkładamy odpowiedź na tą broszurę, której treści bezkrytycznie brać nie chcemy, do czasu ujawnienia przez p. prof. Cieszyńskiego argumentacji, naprowadzonej przez specjalistów międzynarodowych — i to, jak sam pisze, krajów Europy i zamorskich. Charakterystycznym dla referatu prof. dra Cieszyńskiego, naszpikowanego grafikonami, jest fakt, **iż nie zadał sobie trudu nakreślenia jeszcze jednego grafikonu, dotyczącego wyłącznie wypowiedzenia się Wydziałów Lekarskich Uniwersytetów polskich i profesorów względnie docentów stomatologii**; dziwnym zbiegiem okoliczności otrzymał p. prof. Cieszyński odpowiedź na swoją ankietę nawet z krajów „zamorskich", a nie ma pewności (str. 19), jak np. wypowiedział się Uniwersytet Wileński — nie mówiąc już o Uniwersytecie Jagiellońskim i (horribile dictu) profesorach względnie docentach Akademii Stomatologicznej. To, że Wydział Lekarski U. J. K. wypowiedział się za projektem maksymalnym prof. dra Cieszyńskiego, o tym nie trzeba było w broszurze pisać — to samo przez się rozumie, skoro tenże Wydział podniósł p. prof. dra Cieszyńskiego do godności „Miarodajnego Eksperta na terenie międzynarodowym"; zresztą my już oddawna przywykliśmy identyfikować Wydział Lekarski U. J. K., jak i zarówno Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej w sprawach dotyczących b. P. I. D., a obecnej A. S. z prof. Cieszyńskim; wysunięcie Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego, jako argumentacji w wywodach prof. dra Cieszyńskiego niekoniecznie musi nam trafiać do przekonania — tam bowie katedra stomatologii ograniczała się do niespełna jeszcze miesiąc temu do lektoratu, prowadzonego przez dra medycyny, którego głos musiał być miarodajnym przy oświadczaniu się Wydziału Lekarskiego w tej sprawie, ale niekoniecznie bardziej miarodajnym od głosu profesorów i docentów stomatologii, piastujących katedry specjalne w Akademii Stomatologicznej. Wydziały Lekarskie pozostałych uniwersytetów polskich pozostawił p. prof. dr Cieszyński w cieniu, oddając decydujący, zdaniem jego, głos w sprawie organizacji i unifikacji studiów dentystycznych, czy stomatologicznych w Polsce specjalistom pozostałych krajów Europy i zamorskich. Takie stanowisko licuje oczywiście z piastowanymi przez p. prof. Cieszyńskiego godnościami, a mianowicie — Przewodniczące-

go **Polskiego** Komitetu Narodowego Międzynarodowego Związku Dentystycznego (F. D. I.) i Przewodniczącego **Polskiej** Sekcji Międzynarodowego Związku Stomatologicznego (A. S. I.). Wreszcie charakterystycznym dla grafikonowej broszury prof. dra Cieszyńskiego i jej treści jest to, że nie przedstawił w niej grafikonu, ilustrującego, w jaki sposób specjaliści zagraniczni przeprowadzili w swoich krajach organizację studiów dentystycznych, czy stomatologicznych, a w szczególności, czy ich tezy przyjęły w ich własnych krajach formę **żywą, czy też pozostały jedynie w sferze akademickich dyskusyj i obrazach grafikonowych?!**

Po ukazaniu się zapowiedzianej przez p. prof. dra Cieszyńskiego pracy o argumentacji specjalistów zagranicznych, postaramy się zanalizować Jego wywody i wnioski w sprawie reformy studiów A. S., tudzież odpowiedzieć na zakreśloną przez Niego monografię b. P. I. D., łącznie z danymi statystycznymi i grafikonami porównawczymi przez Niego w tej broszurze (referacie) naprowadzonymi.

Drugim zagadnieniem, które przede wszystkim chcieliśmy poruszyć, jest wspomniana już wyżej broszura prof. dra Cieszyńskiego p. t. „Naprzód, czy wstecz“, jako argumentacja przeciw projektowi nadawania absolwentom A. S. tytułu magistra stomatologii. Dla dodania siły swoim argumentom w broszurze tej zawartym — uważał za możliwe prof. dr Cieszyński umieścić wzmiankę, że jest miarodajnym ekspertem w sprawach dentystyki i stomatologii na terenie międzynarodowym, a w każdym razie takim tytułem miał go obdarzyć Wydział Lekarski U. J. K. we Lwowie; nie od rzeczy będzie w nawiązaniu do tej wzmianki podkreślić, że sprawami studiów w tej specjalności na terenie międzynarodowym zajmują się i inni uczeni, nie uważając tej dziedziny za swój monopol — przy czym, co najważniejsze, w swych poczynaniach nie dążą do zniszczenia placówek naukowych (Uczelni) w swoich krajach, będących wyrazem dorobku narodowego.

Podział treści wspomnianej broszury został dokonany przez prof. dra Cieszyńskiego na dwa działy, a to: I. Dział „Zasady“ i II. Dział „Zastosowanie tych zasad w odniesieniu do Akademii Stomatologicznej“. Dział I. t. j. „Zasady“ podniesione są przez prof. dra Cieszyńskiego do godności kanonów — oczywiście w jego ujęciu, jako miarodajnego eksperta; nam wydaje się, że zasady dotyczące pewnej dziedziny wtedy tylko nabierają mocy „zasadowej“, gdy są wynikiem skrystalizowania poglądów większości, mających w tej mierze coś do powiedzenia, a nie gdy przebija z nich tylko apodyktyczna wola jednostki narzucenia tych poglądów innym.

Na naczelnym miejscu swej broszury podnosi p. prof. dr Cieszyński, iż nazwa Akademii Stomatologicznej nie odpowiada treści i istocie studiów w niej prowadzonych, przy czym na uzasadnienie swego twierdzenia podnosi, „że niezmieniono dotychczas programu studiów dentystycznych, które obejmują 4 lata“; w wyniku dochodzi do wniosku, że Uczelnia Warszawska powinna się nazywać przy obecnym studium najwyżej „Akademią Dentystyczną“, a nie „Stomatologiczną“. Samo łaskawe przyznanie przez p. prof. Cieszyńskiego uczel-

ni Warszawskiej pierwszej części jej nazwy jest już dla nas niespodzianką z tego względu, że w ten sposób **przyznaje On, iż uczelnia ta zasługuje na miano szkoły akademickiej** (patrz pkt. 3 art. 1 Ust. o szkołach akademickich), a jej wychowankom przyznaje w ten sposób pośrednio uzyskiwanie wykształcenia akademickiego; ta więc część nazwy uczelni warszawskiej nawet w pojęciu p. prof. Cieszyńskiego jest słuszna, a w każdym razie „możliwa". Nie może jednak p. prof. Cieszyński pogodzić się w żaden sposób z drugą częścią nazwy, t. j. „stomatologiczną" i koniecznie wbrew aktowi ustawodawczemu z roku 1933 chce jej narzucić nazwę „dentystyczną". Sądzimy, że tego wyczucia subtelności dentystyczno-stomatologicznej, na które p. prof. Cieszyński sam nie daje ściśle różniczkowej odpowiedzi, nie podzielą chyba czynniki miarodajne i nie wniosą do Izb Ustawodawczych wyłącznie w tym kierunku projektu noweli do Ustawy o szkołach akademickich. Trudno bowiem sobie wyobrazić, aby ktokolwiek na podobieństwo p. prof. Cieszyńskiego chciał koniecznie upierać się przy nazwie pochodnej z języka łacińskiego, a nie uważał za możliwe pogodzenie się z nazwą, pochodną od drugiego języka klasycznego a mianowicie greckiego, w szczególności wówczas, gdy pierwsza część tytułu i zawarta w nim treść pozostaje bezsporną. Inicjatywa ustawodawcza w ramach obowiązujących przepisów Konstytucji nie należy do osób postronnych; jakżesz mamy scharakteryzować tą niezwykłą drogę w tej dziedzinie p. prof. dra Cieszyńskiego, a mianowicie w postaci rozsyłania swych argumentów przeciw obowiązującemu aktowi ustawodawczemu do redakcyj pism codziennych?!

Co do programu studiów w Akademii Stomatologicznej, to p. prof. Cieszyński stoi na stanowisku, iż pozostał ten sam, jaki był w dawnym Instytucie Dentystycznym; wydaje się nam, iż jest cokolwiek inaczej i p. prof. Cieszyński wie chyba o tym dobrze, jak z roku na rok jeszcze w dawnym P. I. D. zwiększały się wymagania w stosunku do studiujących, że w miarę upływu lat studia te były coraz bardziej gruntowne (choć nie ujęte w grafikony) **i że chyba ten postęp studiów był promotorem Jego starań,** (do których się sam przyznaje) **o nadanie praw akademickich P. I. D.** Jeżeli zaś dla odmiany twierdzi teraz, że studia pozostały te same — to czyż wybrany przez Niego tytuł omawianej broszury p. t. „Naprzód, czy wstecz" nie można z powodzeniem zastosować do Jego w tej mierze taktyki i argumentacji? A czy p. prof. Cieszyński nie wie o tym, że wychowankom dawnego P. I. D., a obecnie Akademii Stomatologicznej różnica między kursem cztero- a pięcio-letnim podana została w formie skondenzowanej i to zostało ujawnione przy egzaminach dyplomowych. Sądzimy, że prof. dr Cieszyński zna w tej mierze odpowiedź rektora Akademii Stomatologicznej, zakomunikowaną Ministerstwu W. R. i O. P. Może p. prof. dr Cieszyński wskaże nam poza swoją argumentacją coś bardziej konkretnego na temat, jaka jest różnica istotna **między programem studiów dentystycznych a stomatologicznych;** czy w ramach postanowień przepisów ark. 21 Ustawy o szkołach akademickich (organizacja studiów

specjalnych) istnieje na którejkolwiek z uczelni statut nadany przez Pana Ministra W. R. i O. P., a w szczególności statut, który by potwierdzał tezy p. prof. Cieszyńskiego w odniesieniu do studiów stomatologicznych?

P. Prof. Cieszyński wysuwa tezę, że „pojęcie stomatologii mieści w sobie **podstawy** (podkreślenie nasze) z ogólnych nauk lekarskich, które można tylko nabyć w studiach ogólno-lekarskich". Wiadomą jest rzeczą (o czym zresztą i sam p. prof. dr Cieszyński pisze), że studia w A. S. niezależnie od przedmiotów specjalnych obejmują również i przedmioty przyrodniczo-lekarskie w ilości 15-tu, wykładane przez profesorów i docentów Wydziału Lekarskiego U. J. P. w Warszawie, z opanowania których studenci A. S. obowiązani są złożyć w ciągu swych studiów taką samą ilość egzaminów. Naszym zdaniem **podstawy,** których domaga się w swej argumentacji p. prof. Cieszyński z dziedziny wiedzy ogólno-lekarskiej, a posiadanie których ma według Jego tezy uzasadnić wyłącznie pojęcie stomatologii — **są udziałem wychowanków A. S.,** a w tych warunkach, czyż nazwa Akademii Stomatologicznej oraz tytuł nadawany jej wychowankom (lekarz-stomatolog) nie są w pełni uzasadnione. Pogłębienie studiów stomatologicznych wobec wybitnego rozwoju na przestrzeni ostatnich lat młodej gałęzi wiedzy lekarskiej, to jest stomatologii — jest postulatem zrozumiałym i **tego właśnie pogłębienia domaga się projekt Zebrania Ogólnego Profesorów Akademii Stomatologicznej dla studiów tej Uczelni** (5 lat studiów) i ten dezyderat przedstawiciele absolwentów A. S. przedłożyli również Panu Ministrowi W. R. i O. P.; co innego jednak jest dążenie do pogłębiania studiów, a co innego bezpodstawne dezawuowanie przez p. prof. Cieszyńskiego uzyskanego przez wychowanków A. S. stopnia wiedzy w formie twierdzenia „że lekarze z A. S. nie są dostatecznie obeznani z medycyną ogólną i z tej racji nie mogą z całkowitą odpowiedzialnością pełnić swego zawodu" (patrz odpowiedź prof. Cieszyńskiego z 24.XI. 1935 r. str. 7).

W tych wszystkich dotąd przytoczonych warunkach i stanie faktycznym — wystąpienia prof. dra Cieszyńskiego nie należy skwalifikować inaczej, jak **walkę o formę, a nie treść w studiach stomatologicznych,** a co zatym idzie o formę zewnętrzną (tytuł), a nie o treść w dziedzinie wykonywania praktyki stomatologicznej, czy jak woli— dentystycznej.

A teraz zajmiemy się tematem tytułu, jaki wychowankowie Akademii Stomatologicznej otrzymywać powinni (czy nie powinni) po ukończeniu studiów.

Wydział Lekarski U. J. K. w memoriale swoim do Ministerstwa W. R. i O. P. zastrzegł się co do wyłącznego prawa (zresztą nieistniejącego) nadawanie tytułu lekarza-stomatologa przez wydziały lekarskie Uniwersytetów polskich; jak dedukcje na ten temat są wątpliwe, to wynika już z powyższych wywodów odnośnie pojęcia „stomatologii" nawet w dostosowaniu się do ujęcia p. prof. dra Cieszyńskiego. Odnośnie projektu nadawania wychowankom A. S. tytułu magistra stomatologii, każdy miał prawo spodziewać się, że już tym razem

ten tytuł ze względu na brak w nim obydwu składowych, a to lekarz i stomatolog, uspokoi zarówno Wydział Lekarski U. J. K., jak i prof. dra Cieszyńskiego. Tymczasem i przeciw temu tytułowi zaoponował znowu prof. Cieszyński w broszurze swojej p. t. „Naprzód, czy wstecz“ — mimo, **że nie podnosi już w swej opozycji, iż tytuł ten wkracza w kompetencje wydziałów lekarskich uniwersyteckich.** Do sprzeciwu swego zaprzęga p. prof. Cieszyński argumenty i to oddzielne dla każdej z poszczególnych części składowych tytułu. Przeciw tytułowi magister podnosi, że nie może być udzielany wychowankom A. S., gdyż studia w tej uczelni pozostały nadal dentystyczne, że charakter ich jest techniczno-praktyczny, a w mniejszej mierze przyrodniczo-lekarski i że studium w A. S. nie może być porównywane w jakimkolwiek studium innego fakultetu uniwersyteckiego. Zdaniem naszym argumentacja pozbawiona jest istotnego waloru przekonywującego, gdyż, jak już wyżej przytoczyliśmy, studia w A. S. nie zostały zamknięte, ani w ramach dawnego programu, ani nie są dentystyczne, tylko stomatologiczne właśnie ze względu na objęcie nimi w dostatecznej mierze przedmiotów z wiedzy ogólno-lekarskiej; jeżeli zaś prof. Cieszyński twierdzi, że przeważa w wykształceniu wychowanków A. S. wiedza techniczno-praktyczna, a przecież trudno sobie pomyśleć, aby ktoś mógł ją osiągnąć w tym stopniu, nie mając dostatecznej wiedzy teoretycznej, w dziedzinie tej uczelni właściwej, a więc w leczeniu schorzeń jamy ustnej i zębów — to **ten argument prof. Cieszyńskiego przemawia właśnie za nadaniem takiego tytułu, a nie przeciwko niemu.** Ostatnim argumentem prof. Cieszyńskiego przeciw tytułowi magistra, to ten, że studium w A. S. nie może być porównywane z innym fakultetem, a więc chyba też i nie z lekarskim; zatym ponieważ absolwenci fakultetu lekarskiego otrzymują tytuł „lekarza“ — to powyższy argument (gdyby mu przyznać nawet słuszność), przemawia właśnie za nadaniem tytułu magistra wychowankom A. S., a nie przeciw niemu. Jeżeli p. prof. Cieszyński walczył o nadanie dawnemu P. I. D. praw szkoły akademickiej (o czym wyżej), to skoro prawa te zostały nadane, pytamy, — **gdzie widzi podstawy odmawiania tego tytułu wychowankom A. S. uczelni akademickiej?** Jeżeli np. po również czteroletnich studiach prawniczych, absolwenci wydziałów prawa otrzymują tytuł magistra, — to dlaczegóż ten tytuł ma być nieosiągalny dla wychowanków innej uczelni akademickiej, a w konkretnym wypadku Akademii Stomatologicznej? Przecież p. prof. Cieszyńskiemu szło o to, aby tytuł nadawany absolwentom A. S. był odmiennym od tytułu lekarza medycyny stomatologa i nie wkraczał w kompetencje wydziałów lekarskich, a to chyba przy tytule „magister“ nie ma miejsca — a nic nie słyszeliśmy o tym, aby wydziały uniwersyteckie innych specjalności w odniesieniu do tego tytułu dla wychowanków A. S. podniosły sprzeciwy. — Mamy wrażenie, że opozycja p. prof. Cieszyńskiego jest niczym innym, jak chlubną opozycją dla samej opozycji — innego logicznego wniosku wyciągnąć się nie da. — Argumentacja p. prof. Cieszyńskiego przeciw drugiej części składowej tytułu magistra stomatologii, opiera się o jego definicję pojęcia „sto-

matologii", którą już powyżej dość obszernie i zasadnie wyjaśniliśmy; tu jednak uderza nas coś zgoła nieoczekiwanego, a mianowicie, że według prof. dra Cieszyńskiego pojęcie „stomatologii" mieści w sobie podstawy z ogólnych nauk lekarskich. Chyba i p. prof. Cieszyński nie powinien zaprzeczyć, że wychowankowie A. S. mają podstawy z ogólnych nauk lekarskich; gdzież zatym jest słuszność Jego argumentacji przeciwko drugiej części składowej tytułu magistra stomatologii?

Na stronie 22 broszury p. prof. dra Cieszyńskiego z dnia 10.IV. 1936 r. pod tytułem „Jeszcze w sprawie Akademii Stomatologicznej", rozprawiając się z przedstawicielami katedr A. S., pisze prof. Cieszyński dosłownie: „Ma się wrażenie, że przedstawiciele ci stanęli na szczycie najwyższej góry stomatologicznej i **doznali zawrotu głowy**" (podkreślenie nasze). Ponieważ do tych wyżyn stomatologii pomimo wielkich wysiłków 30 letniej pracy nie doszedłem"... Jeżeli ten zwrot prof. dr Cieszyńskiego (o zawrocie głowy) weźmiemy pod uwagę, a jednocześnie wnikniemy w dalszą część jego broszury p. t. „Naprzód, czy wstecz" i przeczytamy na innym znów miejscu, „że studia będą miały charakter studiów stomatologicznych, o ile będą oparte na studiach ogólnych lekarskich", i porównamy tą argumentację z powyższą (podstawy ogólnych nauk lekarskich), przeciw projektowanemu tytułowi magistra stomatologii — to może dojdziemy do wniosku, że zawrotu głowy niekoniecznie można doznać dopiero będąc na szczycie góry stomatologicznej, ale i przed jego osiągnięciem; czyż nie lepiej w takich razach zaniechać w ogóle wycieczek wysokogórskich?!

Zarzuca prof. dr Cieszyński Akademii Stomatologicznej, iż zapóźno przystąpiła do reformy projektu studiów; my jesteśmy odmiennego zdania i to takiego, że **prof. Cieszyński** mimo, iż jest miarodajnym ekspertem dentystyki i stomatologii na terenie międzynarodowym — mimo swych 30-to letnich wysiłków i stosów zapisanego w tej materii papieru **nie ma jeszcze skrystalizowanego ostatecznie poglądu na pojęcie „stomatologii"**, skoro raz w tej samej broszurze żąda „podstaw z ogólnych nauk lekarskich" — drugi raz „studiów ogólnych lekarskich". W tych warunkach jakżesz można przyjmować projekty studiów p. prof. Cieszyńskiego pod literami A, B i C za coś ostatecznie przemyślanego, a nie spodziewać się, że w następnej broszurze dla nomenklatury swych nowych projektów nie sięgnie po dalsze litery alfabetu?

Tak więc sprzeciw p. prof. Cieszyńskiego nadania absolwentom A. S. tytułu magistra stomatlogii nie wytrzymuje krytyki; nie jest to jednak równoznaczne z tym, abyśmy ten tytuł uważali za właściwy dla absolwentów A. S. — chcielibyśmy tylko wykazać, jak rozbieżną, wzajemnie się kłócącą, a zatym szczególnie słabą jest w tej mierze argumentacja p. prof. dra Cieszyńskiego. Projekt pogłębienia studiów stomatologicznych przedłożony Ministerstwu W. R. i O. P. przez Zebranie Ogólne Profesorów A. S., przewiduje dodanie jeszcze jednego, t. j. piątego roku studiów; ten piąty rok studiów pozwala na uzupełnienie oraz przedłużenie wykładów w tym stopniu, który krytycznie i rozumnie biorąc, da dostateczne wykształcenie stomatologiczne; do-

tychczas różnica między cztero- a pięcioletnim kursem podawana była wychowankom P. I. D. i obecnie A. S. w formie skondenzowanej i uwzględniona w dostatecznej mierze przy egzaminach dyplomowych. — Jeżeli więc obecnie powyższy pięcioletni projekt studiów zostanie zatwierdzony, to odpadnie potrzeba kondenzacji, a to drogą do angażowania profesorów dla wykładów zleconych oraz zaistnieje możliwość zarówno rozszerzenia wykładów z przedmiotów specjalnych, jak i zajęć klinicznych. — Nie podobają się p. prof. dr Cieszyńskiemu w jego broszurze **zasady ewolucyjne Zebrania Ogólnego Profesorów A. S. w sprawie reformy studiów w tejże uczelni; antytezą ewolucji jest rewolucja i do niej zaliczyć należy projekty prof. dr. Cieszyńskiego,** robione chyba na kolanie, raz dziewięć — raz osiem — raz sześć lat studiów. Obawia się p. profesor, że zatwierdzony ewentualnie przez Ministerstwo W. R. i O. P. ewolucyjny projekt Zebrania Ogólnego Profesorów A. S. w sprawie reformy studiów utrzyma się przynajmniej piętnaście lat — ale zapomina jednocześnie, że reforma studiów to dziedzina, która wymaga pieczołowitego i wszechstronnego przygotowania i nie wytrzymuje z reguły rewolucyjnych posunięć — zapomina, że ta dziedzina wymaga przede wszystkim próby życia.

Głosi p. prof. dr Cieszyński w swojej broszurze zasadę, że obowiązkiem uczelni jest utrzymanie nauki na należytym poziomie i jej podniesienie; czy p. prof. dr Cieszyński jest w tej materii monopolistą, czy sądzi, że Zebranie Ogólne Profesorów A. S. tej zasadzie nie hołduje, czy hołdować nie będzie, **czy ta zasada może być w ogóle obcą innym profesorom uniwersyteckim w Polsce, a zatym i tym, którzy mają pieczę nad Akademią Stomatologiczną?** Powinien p. prof. dr Cieszyński zastanowić się spokojnie i poważnie i dojść wreszcie do wniosku, że nieprzystojnie jest wyważać otwartych drzwi i roztaczać swą opiekę nad Akademią Stomatologiczną, o którą — nawiasem mówiąc, — nikt go nie prosił, a dalej nie przeszkadzać profesorom Akademii Stomatologicznej i to wbrew głoszonej przez siebie powyższej zasadzie w pracach nad utrzymaniem nauki na należytym poziomie i jej podniesieniem.

Pisze p. prof. dr Cieszyński w swej broszurze, że reforma studiów obchodzi nie tylko Akademię Stomatologiczną, ale zarówno wszystkie Wydziały Lekarskie i Katedry Stomatologiczne Uniwersyteckie; na poparcie jednak swego twierdzenia, nie przytacza żadnych konkretnych danych; jesteśmy dosyć dobrze z tą sprawą obznajmieni, nie możemy jednak stwierdzić, **aby to zainteresowanie się Wydziałów Lekarskich reformą studiów objawiło się czymś pozytywnym,** a w szczególności projektami reformy tych studiów i raczej skłonni jesteśmy stwierdzić, **iż obchodzi ona wyłącznie prof. dr. Cieszyńskiego,** a to nawet w odniesieniu do Wydziału Lekarskiego U. J. K. niekoniecznie jest tym samym.

Jeżeli idzie o głos Katedr Stomatologii przy Uniwersytetach, to w tej sprawie dotąd nic o nim nie słyszeliśmy, a przechodząc je kolejno, stwierdzamy, że w Warszawie nie ma jej od 1915 roku, w Krakowie jest od 2 lat prawie nieczynna (wykłada st. asystent), w Po-

znaniu tylko lektorat (wykłada lektor dr medycyny), w Wilnie prowadzi były adiunkt; chlubny wyjątek stanowi Katedra Stomatologii przy Uniwersytecie J. K. we Lwowie z profesorem zwyczajnym, głosu którego słyszymy w nadmiarze, co jednak jego posiadacza nie upoważnia jeszcze do głoszenia, iż reforma studiów w A. S. „obchodzi“ przedstawicieli katedr stomatologicznych uniwersyteckich. **Gdzież zatym jest ta skuteczna przeciwwaga, o której, jako argumencie przeciw głosom profesorów wykładających w A. S. w odniesieniu do projektu reformy studiów przez nich opracowanego pisze p. prof. dr Cieszyński w swej broszurze „Naprzód, czy wstecz“?**

W tym stanie rzeczy pytamy się p. prof. dr. Cieszyńskiego, **kto właściwie zajmuje się reformą studiów w Akademii Stomatologicznej i czy bardziej miarodajną jest w tym kierunku inicjatywa i praca Ogólnego Zebrania Profesorów A. S.—czy nieujawniona wbrew twierdzeniu p. prof. dr Cieszyńskiego inicjatywa, a nawet intencja Wydziałów Lekarskich względnie przedstawicieli Uniwersyteckich Katedr Stomatologicznych.**

Przeciw projektowi reformy studiów A. S. miały się również oświadczyć według broszury p. prof. dra Cieszyńskiego ponadto i Izby Lekarskie oraz Zrzeszenia Lekarskie; jest to argument gołosłowny, gdyż to w ogóle miejsca nie miało — zresztą nawet gdyby tak było, to z uwagi na postanowienia zawarte w punkcie 3 art. 41 Ustawy o szkołach akademickich wbrew lansowanemu przez p. prof. dr Cieszyńskiego poglądowi, a raczej znowu swoistej zasadzie, byłoby to pozbawione podstaw prawnych i rzeczowych; Izby Lekarskie, a tym bardziej Zrzeszenia Lekarskie nie są instytucjami, posiadającymi już nie prawo, ale nawet możność aprobowania (jak chce p. prof. dr Cieszyński) projektu studiów w uczelniach akademickich.

Antytezą projektu reformy studiów w A. S. opracowanego przez Zebranie Ogólne Profesorów tejże Uczelni, w którym zasiadają w pokaźnej liczbie profesorowie względnie docenci Wydziału Lekarskiego U. J. P., oraz przedstawiciele czterech katedr specjalnych A. S. (dwóch profesorów nadzwyczajnych i dwóch docentów) właśnie (stomatologii) — są **projekty osobowe prof. dr. Cieszyńskiego,** za słusznością których przemawiać ma głos Wydziału Lekarskiego U. J. K. (czytaj prof. dr Cieszyński), — lektora na Katedrze Stomatologii w Poznaniu, oraz niepewny (według enuncjacji prof. dra Cieszyńskiego) głos b. adiunkta Katedry Stomatologicznej w Wilnie — no i wreszcie wyniki ankiety międzynarodowej, odnośnie której wypowiedzieliśmy się już na początku niniejszego artykułu.

Jeżeli idzie o wyniki ankiety międzynarodowej, w oparciu o które stara się p. prof. dr Cieszyński uzasadnić słuszność swych projektów reformy studiów, to poza poważnymi wątpliwościami, jakie ona nasuwa ze względów już przy jej omawianiu przytoczonych — należałoby z całym naciskiem podkreślić, że uchwały IX Międzynarodowego Kongresu Dentystycznego (F. D. I.), odbytego w sierpniu 1936 r. w Wiedniu głoszą, aby w dziedzinie organizacji studiów stomatologicznych każdy kraj urządził się u siebie, jak może, jakkolwiek uważają za po-

żądane całkowite studia lekarskie i specjalizację w stomatologii; **hołdowanie jednak idei nie jest równoznaczne z możnością i słusznością prowadzenia jej w życie, a w każdym razie nie w drodze rewolucyjnej, jak tego sobie życzył p. prof. dr. Cieszyński w swych projektach w odniesieniu do studiów stomatologicznych w Polsce. Skoro p. prof. dr Cieszyński tak bardzo powołuje się na ankietę międzynarodową — to dziwi nas, iż nie ujawnił dotąd również i odpowiedzi, jaką otrzymał w tej materii na tym samym Zjeździe w Wiedniu od dra Stucka Niemcy — a mianowicie, (że nas, Niemców, nie stać na to (studia według projektu prof. dra Cieszyńskiego — red.) — chyba, że Polska ma za dużo pieniędzy).**

W dziale I-szym swej broszury p. t. „Zasady", głosi p. prof. Cieszyński, ,że unormowanie pewnej gałęzi medycyny nie może być odmienne w Warszawie i odmienne w innych ośrodkach uniwersyteckich Państwa — odnosi się to do poziomu programu, do kosztów studiów i uzyskania praw na podstawie dyplomu. Wynika z tego, że dążyć należy do unifikacji studiów w całym Państwie". — Jaki jest poziom programu (nauczania) w A. S. i jak z nim załatwia się projekt reformy studiów Zebr. Ogólnego Prof. A. S., pisaliśmy już o tym obszernie powyżej; uzyskiwanie praw na podstawie dyplomu lekarskiego regulują bądź ustawa o wykonywaniu praktyki lekarskiej, bądź to Rozporządzenie Prez. Rzp. o wykonywaniu praktyki lekarsko-dentystycznej — zatym w tym względzie zbędne jest głoszenie zasad przez prof. dra Cieszyńskiego; pozostała by tylko kwestia kosztów studiów.

Jakżesz przedstawiają się jednak świadczenia Skarbu Państwa na cele nauczania w Akademii Stomatologicznej, a w Katedrach Stomatologicznych Uniwersyteckich, a w szczególności, jakie realne wartości tymi świadczeniami dla Państwa okupione zostały. Otóż A. S. otrzymuje rocznie ze Skarbu Państwa dotację 195 tysięcy złotych; w ciągu pięciu lat studiów (projekt A. S.), zużyje kwotę 975 tysięcy złotych, ponadto około 25 tysięcy złotych jako wynagrodzenie profesorów za obięte piątym rokiem studiów wykłady zlecone — razem zatym zużyje kwotę jednego miliona złotych, dając wzamian przeciętnie stu lekarzy specjalistów w dziedzinie stomatologii; wspomnieć tu należy, że wbrew twierdzeniu prof. Cieszyńskiego (str. 7 broszurowanego referatu) opłata za lokale A. S. nie wynosi 150 tysięcy, lecz tylko 48 tysięcy złotych rocznie. **Koszt zatym jednego specjalisty, poniesiony przez Skarb Państwa w odniesieniu do Akademii Stomatologicznej wynosi efektywnie dziesięć tysięcy złotych.**

Jeżeli teraz dla przykładu weźmiemy Wydział Lekarski U. J. K. we Lwowie łącznie z Katedrą Stomatologii, prowadzoną przez prof. dra Cieszyńskiego i wglądniemy do ogłoszonego przez niego sprawozdania z dwudziestoletniej działalności tej katedry specjalizacyjnej — to dowiemy się, że w **ciągu dwudziestu lat otrzymało poświadczenie ukończonej specjalizacji 63 kandydatów, czyli trzech kandydatów rocznie;** wglądając zaś w sprawozdanie prof. Cieszyńskiego (Polska Stomatologia 1936), dowiemy się, że za rok sprawozdawczy ta katedra dała **dwóch specjalistów stomatologii.** Zatym prof. dr Cieszyński,

stosując dla wykształcenia stomatologów swój projekt, czyli pełne 8 lat studiów, dałby po upływie 50 lat tylu specjalistów, ile wydaje Akademia Stomatologiczna rocznie przy pięciu latach studiów. Co do Wydziałów Lekarskich (Katedry stomatologiczne) pozostałych uniwersytetów, nie ogłosiły one swych sprawozdań, co może świadczyć wyraźnie, iż nie przysporzyły Państwu żadnego specjalisty stomatologa, mimo, że rozchodowały odnośne sumy budżetowe. Ile zatym w tych warunkach kosztuje Skarb Państwa jeden stomatolog wydany przez Katedry Stomatologiczne Uniwersyteckie, a w szczególności Katedrę Stomatologiczną U. J. K. we Lwowie, prowadzoną przez p. prof. dra Cieszyńskiego i jakżesz wygląda wobec tego powyższy jego argument odnośnie kosztów studiów?! — Sądzimy, że Skarb naszego Państwa nie jest jeszcze tak przepełniony, aby mógł sobie pozwolić na produkowanie tak drogich stomatologów.

Tu należałoby przede wszystkim postawić i drugie pytanie — wobec lansowania przez p. prof. dra Cieszyńskiego jego projektu reformy studiów stomatologicznych, a mianowicie, **czy może taki drogi stomatolog uniwersytecki jest tak cennym nabytkiem, iż względy na wysokość wydatków ze Skarbu Państwa nie powinny być brane pod uwagę?** — P. prof. Cieszyński zaprzęga do swych argumentów na poparcie swych projektów wzgląd na potrzeby społeczeństwa i Państwa. Jeżeli idzie o potrzeby społeczeństwa, to p. prof. Cieszyński twierdzi słusznie, iż społeczeństwo żądać może, aby lekarze wszystkich specjalności otrzymali wykształcenie zgodne z rozwojem danej gałęzi medycyny; uzasadnialiśmy już obszernie, że wychowankowie A. S. kształceni według zasad projektu studiów Zebr. Ogólnego Prof. A. S. otrzymują właśnie takie wykształcenie, jakiego wymaga prof. dr. Cieszyński, a zatym i potrzeby społeczeństwa. — **Jeżeli idzie o potrzeby Państwa**, a więc przede wszystkim przygotowanie na tym odcinku **zagadnienia obronności Państwa**, to i ten warunek przez wychowanków A. S. będzie dopełniony, jak to zaraz postaramy się udowodnić. Przy zilustrowanym powyżej ilościowym zasilaniu kadr stomatologów przez Katedry Stomatologiczne Uniwersyteckie — na wypadek wojny — powstanie brak rezerw lekarzy-stomatologów uniwersyteckich, które siłą faktu będzie mógł być tylko uzupełniony przez absolwentów A. S., bądź dawnego P. I. D. Wychowankowie b. P. I. D. i A. S. ze względów właśnie na swe uzdolnienia praktyczne do wykonywania swego zawodu, których właściwy poziom uzyskują już podczas studiów w A. S. — mogą już nazajutrz po otrzymaniu dyplomu przystąpić do wykonywania swej praktyki lekarskiej i nie dlaczego innego, ale właśnie dlatego przepis ustępu drugiego art. 3 Rozp. Prez. Rzp. o wykonywaniu praktyki lekarsko-dentystycznej zwalnia ich od obowiązku odbywania praktyki przygotowawczej — wiadomo bowiem było ustawodawcy, że studenci A. S. przechodzą praktykę kliniczną przez przeciąg dwóch lat podczas swych studiów, a według projektu Zebr. Og. Prof. A. S. przechodzić ją będą nawet w ciągu lat trzech. **Żadna zatym uczelnia w przeciwieństwie do Akademii Stomatologicznej nie wydaje specjalisty, który by nazajutrz po otrzymaniu**

dyplomu mógł leczyć; dzieje się to zaś dlatego i w tej mierze zgadzamy się z poglądami prof. dra Cieszyńskiego (patrz grafikony w Polskiej Stomatologii i Nowinach Społeczno-Lekarskich — maj 1936), że **ilość godzin wykładów z protetyki i dentystyki zachowawczej wynosi na Wydziałach Lekarskich słownie zero godzin.** — Na wypadek zatym rany postrzałowej szczęki lub jej złamania, osteomyelitis, spowodowanej gazami bojowymi, zawierającymi arsen, jak np. iperyt, luizyt, może już i nowsze, **co zrobi — pytamy się, wychowanek wydziału lekarskiego, nie znając protetyki (zero godzin)** i nie mogąc z tej racji zaprojektować szyny unieruchomiającej; co zrobi tenże lekarz, **nie znając dentystyki zachowawczej (również zero godzin)**, a właściwie, czy będzie wiedział, na jakie niebezpieczeństwa naraża nie tylko zdrowie, ale wprost życie chorego, zakładając na zęby zgorzelinowe korony dla umocowania szyn? Otóż ten lekarz uniwersytecki w takich razach **będzie się musiał uciec do pomocy owego przez prof. dra Cieszyńskiego tak srodze zdyskwalifikowanego lekarza absolwenta Akademii Stomatologicznej**, a więc lekarza-stomatologa, czy lekarza-dentysty i prosić go, aby tę szynę zaprojektował, wykonał i umocował, przeleczył przedtym zęby zgorzelinowe, zaplombował i ew. sporządził i założył korony, co ten napewno należycie to wszystko przeprowadzi, tego bowiem właśnie na tych zdegradowanych przez prof. dra Cieszyńskiego do nieuctwa studiach Akademii Stomatologicznej się nauczył i to nie tylko teoretycznie, ale przyswoił praktycznie, składając z tej dziedziny obowiązujące egzaminy tak teoretyczne i praktyczne.

CZY ZNA P. PROF. CIESZYŃSKI, POPARTY DOWODAMI REFERAT PROF. DRA MED. HILAREGO WILGI, WYGŁOSZONY W ROKU 1925 NA ZJEŹDZIE MEDYCYNY WOJSKOWEJ W WARSZAWIE I W ROKU 1927 W HADZE, W KTóRYM UDOWODNIŁ, ŻE RANNY POCISKIEM W SZCZĘKĘ, LECZONY NIEPRAWIDŁOWO, UZYSKUJE Z REGUŁY 75% NIEZDOLNOŚCI DO SŁUŻBY CZYNNEJ — A TAKI SAM CHORY, LECZONY PRZEZ LEKARZA-DENTYSTĘ PO 6—8 TYGODNIACH UZYSKUJE KATEGORIĘ „A".

CZY ZATYM W TYCH WSZYSTKICH PRZYTOCZONYCH WARUNKACH ZAGADNIENIE OBRONNOŚCI PAŃSTWA PRZEZ TWORZENIE KADR LEKARZY-STOMATOLOGóW W AKADEMII STOMATOLOGICZNEJ JEST W SPOSóB POZYTYWNY I POMYŚLNY DLA PAŃSTWA ROZWIĄZANE, CZY TEŻ PROJEKT STUDIóW STOMATOLOGICZNYCH PROF. DRA CIESZYŃSKIEGO NIE JEST PRZYPADKIEM NA TYM NAJWAŻNIEJSZYM ODCINKU ZAPRZECZENIEM JEGO NALEŻYTEJ ORGANIZACJI?

Gdzież podziały się w odniesieniu do projektu prof. dra Cieszyńskiego „zasady" przez niego głoszone, że przy nakreślaniu programu studiów powinny tylko decydować względy na naukę, naród i Państwo, a nie jakiekolwiek względy uboczne?! Gdzież należy zatym doszukiwać się właśnie tych względów ubocznych?

COŚ NIE BARDZO NISKO MUSIAŁY STAĆ STUDIA W DAWNYM P. I. D., A OBECNEJ A. S., SKORO WŁAŚNIE P. PROF.

DR CIESZYŃSKI ZAPYTYWANY O KANDYDATA NA OBSADZENIE KATEDRY STOMATOLOGICZNEJ W UNIWERSYTECIE POZNAŃSKIM, PODAŁ ABSOLWENTA P. I. D. — A DALEJ RÓWNIEŻ WYCHOWANKA P. I. D. HABILITOWAŁ W ROKU 1933, ODRZUCAJĄC SWEGO WIELOLETNIEGO ADIUNKTA, ABSOLWENTA WYDZIAŁU LEKARSKIEGO U. J. — DALEJ WYCHOWANKÓW P. I. D., PODAŁ JAKO KANDYDATÓW NA OBSADZENIE KATEDRY STOMATOLOGICZNEJ U. J. W KRAKOWIE — WRESZCIE I WIELOLETNIEGO SWEGO ASYSTENTA, KTÓRY ODBYŁ RÓWNIEŻ STAGE W P. I. D., MUSIAŁ PODAĆ JAKO JEDYNEGO KANDYDATA NA PROFESORA ORTODONCJI W AKADEMII STOMATOLOGICZNEJ!

A teraz na platformie dotąd wszechstronnie omówionych zagadnień, dotyczących zarówno przebiegu i rodzaju studiów w b. P. I. D., a obecnej A. S. i nabywanego na ich podstawie przez absolwentów tejże uczelni zarówno teoretycznego, jak i praktycznego uzdolnienia do wykonywania swego zawodu — omówić by należało, **czy i jaki niższy tytuł naukowy względnie tytuł zawodowy powinien tymże absolwentom przysługiwać.** że studia te są lekarskie, a zatym, że absolwentom A. S. przysługuje tytuł lekarza, to jest bezspornym i przeciw temu nie remonstrował nikt, nawet prof. dr Cieszyński. Dla każdego, który w ocenie swojej starać się będzie oprzeć o obiektywizm, nie będzie ulegać żadnej wątpliwości, że studia odbywane w A. S. są studiami specjalnymi w tej gałęzi wiedzy lekarskiej, której na imię stomatologia, a w szczególności studia w zasięgu projektu studiów, opracowanego przez Zebr. Og. Prof. A. S. i przedłożonego Ministerstwu W. R. i O. P. do zatwierdzenia. Zgodnie z zasadą, głoszoną przez prof. dra Cieszyńskiego w Jego broszurze p. t. „Naprzód, czy wstecz" — tytuł nadawany absolwentom pewnej uczelni powinien odpowiadać treści i istocie studiów tejże uczelni — zatym **w odniesieniu do absolwentów A. S. winien zawierać drugą składową, świadczącą o odbyciu studiów stomatologicznych.**

Tu były dwie możliwości i to, albo tytuł magistra stomatologii, albo lekarza-stomatologa (może być z łącznikiem — to da się na wydanych dyplomach poprawić i na to się zapewne wszyscy zgodzą). W nadaniu tytułu lekarza-stomatologa nie widzimy żadnych przeszkód istotnych, a to z przyczyn następujących. Tytuł ten zawiera w pierwszej części składowej tytuł lekarza, **który był również w tytule lekarza-dentysty.** Skoro przeciw tej części składowej przez 17 lat nie remonstrowały Wydziały Lekarskie z Wydziałem Lekarskim U. J. K. we Lwowie na czele w szczególności w odniesieniu do tych, którzy ten tytuł otrzymali z dobrodziejstwa Rozporządzenia Prezydenta Rzeczpospolitej o wykonywaniu praktyki lekarsko-dentystycznej, **a więc tych, którzy nie mają nawet ukończonego wykształcenia średniego— gdzież są zasady, umożliwiające remonstrowanie przeciw nadaniu tej części składowej tytułu wychowankom, czy to b. P. I. D., czy A. S.,** którzy przecież posiadają conajmniej matury, a nadto odbyli czteroletnie studia z uwzględnieniem nie tylko przedmiotów specjalnych, ale

nadto i przedmiotów przyrodniczo-lekarskich i wykazują się egzaminami, złożonymi przed profesorami wydziału lekarskiego. Zresztą poglądu Wydziału Lekarskiego U. J. K. we Lwowie (memoriał z 5 lutego 1935 r.) w tym względzie nie podzieliło widać Ministerstwo W. R. i O. P., skoro w tymczasowym (sądzimy) tytule dla absolwentów A. S. z roku akademickiego 1935/36 tą część składową tytułu nie tylko zachowało, ale przyznało absolwentom b. P. I. D. i obecnej A. S. prawo doktoryzacji.

Jeżeli idzie o drugą część składową tytułu, to po pierwsze **odpowiada on treścią swą rodzajowi odbytych studiów** w Akadamii Stomatologicznej i nabytemu uzdolnieniu do wykonywania praktyki w tej specjalności — po drugie **nie wkracza w kompetencje wydziałów lekarskich,** gdyż tytuł stomatologa nie jest, a przynajmniej nie był nikomu dotąd prawnie zastrzeżony, ba nawet wydziały lekarskie w przypadku specjalizowania się po ogólnych studiach lekarskich nie wydają przecież dyplomu lekarza stomatologa, ale dyplom lekarza medycyny, wyłącznie z poświadczeniem specjalizacji w stomatologii — wreszcie po trzecie **nikogo nie może zmylić tytuł lekarza-stomatologa,** wydany absolwentowi A. S., a w szczególności podsunąć myśl, iż ma do czynienia z absolwentem wydziału lekarskiego po odbyciu specjalizacji dlatego, że: absolwent wydziału lekarskiego Uniwersytetu w takich razach posługuje sią tytułem odmiennym, a mianowicie: **Lekarz Medycyny - Stomatolog,** (a to chyba nie jest to samo, co lekarz-stomatolog). Gdzież zatym są te istotne, obiektywne podstawy dla kampanii prowadzonej przez prof. dra Cieszyńskiego przeciw tytułowi lekarza-stomatologa dla absolwentów Akademii Stomatologicznej? W prawdzie Ministerstwo W. R. i O. P. pismem z dnia 15 lutego 1937 roku zarządziło wydanie dyplomów absolwentom A. S. z roku 1935/36 z tytułem lekarza dentysty — **ufamy jednak, że zarządzenie to jest tylko tymczasowe** z uwagi na konieczność umożliwienia absolwentom przystąpienia do wykonywania praktyki lekarskiej, którzy przecież nie mogli czekać ad infinitum na rozstrzygnięcie tego sporu, a który to fakt nie potwierdza jeszcze słuszności wysuwanych w tej materii tez p. prof. dra Cieszyńskiego. Być może, że decyzja ta zapadla ze względu na niedostarczenie na czas przez A. S. Ministerstwu W. R. i O. P. kontr-argumentacji dla tez p. prof. dra Cieszyńskiego, odzwierciedlonych w tak bardzo obfitej pod względem ilości przez niego stworzonej i wydanej literaturze, — tez, popartych listami prywatnymi, osobistymi interwencjami i zabiegami na terenie samorządu zawodowego i wolnych związków, czy stowarzyszeń zawodowych. Trudno nam sobie wyobrazić, że ten ogrom pracy p. prof. dra Cieszyńskiego da się pogodzić z piastowanymi przez niego godnościami i związanymi z nimi obowiązkami bez szkody dla tych ostatnich w szczególności w odniesieniu do prac powierzonej mu Katedrze Stomatologicznej U. J. K. we Lwowie. — **Może w związku z tym dziwić nas przestanie fakt wydania przez tę Katedrę dwóch specjalistów stomatologów.** Jeżeli więc ta ciężka i odpowiedzialna praca nad wykształceniem wychowanków A. S., nie pozwoliła może Zebr. Og. Prof. tejże uczelni we właściwym

czasie opracować kontr-argumentów przeciw tezom prof. dra Cieszyńskiego i przedłożyć je Ministerstwu W. R. i O. P. — mamy zaszczyt prosić naszych Czcigodnych Pp. Profesorów, aby jednak ten ewentualny brak, który mógł zaciążyć narazie przykro nad ich wychowankami, zechcieli łaskawie i możliwie rychło uzupełnić.

Jeżeli idzie o zachowanie dla absolwentów Akademii Stomatologicznej tytułu lekarz-dentysta, to stwierdzić należy, że tytuł ten był już **niedostatecznym dla absolwentów byłego P. I. D.,** a tym samym i dla absolwentów A. S., kończących studia według pięcio-letniego programu studiów.

Ufamy, że miarodajne czynniki — w imię sprawiedliwości — wziąwszy pod uwagę wszystkie naprowadzone dotąd argumenty w oparciu o stan faktyczny, **zrewidują swoją—mamy nadzieję—chwilową decyzję i nie znajdą przeszkód istotnych dla nadania wychowankom Akademii Stomatologicznej jedynie dla nich możliwego i zasłużonego tytułu lekarza-stomatologa.**

W „zasadach" swoich p. prof. dr Cieszyński głosi „unormowanie studiów pewnej gałęzi medycyny nie może być odmienne w Warszawie i odmienne w innych ośrodkach uniwersyteckich Państwa; odnosi się to do poziomu programu, do kosztów studiów i uzyskania praw na podstawie dyplomu. Wynika z tego, że dążyć należy do unifikacji studiów w całym Państwie", — zaś „w drugiej części broszury twierdzi, iż spełnienie tych zasad będzie miało miejsce tylko wówczas, gdy studia stomatologiczne odbywać się będą według Jego projektu „A", a w ostateczności „B". — Nie wchodzimy w zasady prof. dra Cieszyńskiego w odniesieniu do studiów innej gałęzi wiedzy — nam idzie tylko o studia stomatologiczne. Zgadzamy się z prof. drem Cieszyńskim co do potrzeby unifikacji tych studiów, tylko nie przeprowadzonych w sposób, jaki On proponuje. Ładne wydałaby wyniki taka unifikacja przez zorganizowanie studiów stomatologicznych przy wydziałach lekarskich (Katedry Stomatologiczne), **skoro p. prof. dr Cieszyński** u siebie samego w najlepszej z pośród tych katedr **wydaje dwóch stomatologów rocznie! Jakżeż to wtedy wyglądałoby zagadnienie obrony Państwa na tym odcinku organizacyjnym, jakżesz wyglądałby Skarb Państwa?!** A czy nie od rzeczy byłoby zastanowić się, czy teoretyczny projekt studiów prof. dra Cieszyńskiego ze względu na ich długotrwały okres trwania znalazłby odpowiednią ilość chętnych i zasobnych z pośród młodzieży garnącej się do studiów? Projekt zakreślony lotnym piórem, to jeszcze nie wszystko; aby mógł stać się realnym, musi mieścić w sobie cechy możliwości jego realizacji i to z rachunkiem przynajmniej dużego prawdopodobieństwa, w przeciwnym bowiem razie pozostanie tylko wyczynem pisarskim, a podjęcie jego realizacji przyniesie nie pożytek, a szkodę.

Zgadzamy się z poglądem prof. dra Cieszyńskiego na unifikację studiów stomatologicznych w Polsce, ale w sposób nieco inny, **bardziej realny, a mianowicie po przez zwinięcie Katedr Stomatologicznych przy Wydziałach Lekarskich Uniwersytetów,** jako zbyt kosztownych

i obciążających niewspółmiernie do uzyskiwanych wyników (ilość stomatologów) Skarb Państwa, zatym nieproduktywnych, nadto dostarczających stomatologów w ilości nie zabezpieczającej stworzenie rezerw dla celów obronyPaństwa. że te katedry są zbędne, to wykazało samo życie; w Warszawie jej nie ma od 1915 roku, w Krakowie jest od dwóch lat nieczynna (wykłada st. asystent), w Poznaniu jest lektorat, w Wilnie prowadzi b. adiunkt, a tylko we Lwowie jest profesor zwyczajny, co w tym ostatnim wypadku uważać by raczej należało za przeżytek i zbędny luksus.

Taniej, produktywniej i bardziej celowo w tych warunkach byłoby raczej stworzyć nadto i ze względów decentralizacyjnych (pogląd prof. Cieszyńskiego w broszurze „Naprzód, czy wstecz"), po zwinięciu Katedr Stomatologicznych jeszcze jedną lub dwie Akademie Stomatologiczne np. w Krakowie i Poznaniu — oczywiście przy zastosowaniu w nich studiów według projektu Zebrania Og. Prof. Akademii Stomatologicznej.Ten projekt (likwidacja Katedr Stomatologicznych) nie jest czymś oderwanym i bez precedensu — analogię możliwości i słuszności takiego rozwiązania znajdujemy w utrzymaniu Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego, a zniesieniu Wydziału Rolnictwa w Poznaniu, w zamknięciu Dublan — w stworzeniu Instytutu Chirurgii Urazowej, Instytutu Radowego.

P. prof. dr Cieszyński ucieka się w swych projektach reformy studiów, jako miarodajny ekspert na terenie międzynarodowym do argumentacji „międzynarodowej" — pisze broszury, memoriały, listy prywatne i t. p., w których zwraca uwagę w stronę **niby to ujemnych cech Akademii Stomatologicznej,** ale nie dlatego, aby miał istotnie rację, **lecz w tym celu, aby odwrócić uwagę miarodajnych czynników od bardzo nikłej produktywności Katedr Stomatologicznych Uniwersyteckich i w ten sposób odsunąć na jakiś czas moment, w którym zwinięcie tych Katedr powinno się stać faktem dokonanym.**

W oparciu o naprowadzony w niniejszym artykule stan faktyczny i argumentację odnośnie poszczególnych zagadnień — reasumujemy nasze w tych sprawach wnioski i apelujemy do czynników miarodajnych, aby w imię podtrzymania i dalszego rozwoju tych wszystkich walorów, jakie cechują Akademię Stomatologiczną — Uczelnię, powstałą w Odrodzonej Ojczyźnie, stworzoną wysiłkiem rodzimej, polskiej, a nie „międzynarodowej" koncepcji, a rozbudowaną znojnym, wieloletnim trudem jej Profesorów—wnioski niżej wyłuszczone wprowadziły w życie dla dobra polskiej stomatologii.

W n i o s k i t e s ą n a s t ę p u j ą c e:

1) **Zatwierdzenie projektu studiów stomatologicznych w Akademii Stomatologicznej, przedłożonych Ministerstwu W. R. i O. P. przez Zebranie Ogólne Profesorów Akademii Stomatologicznej;**

2) **Uznanie studiów w Akademii Stomatologicznej za studia stomatologiczne, a nie dentystyczne, a w związku z tym przywrócenie absolwentom Akademii Stomatologicznej tytułu lekarza-stomatologa;**
3) **Zwinięcie w ramach postanowień art. 3 Ustawy o szkołach akademickich Katedr Stomatologicznych, istniejących przy Wydziałach lekarskich Uniwersyteckich.**

Za Zarząd Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej

(—) *J. Szajewski*, prezes. (—) *K. Grodner*, sekretarz.

Warszawa, w lutym 1937 r.

———o———

Dział zawodowy

OBROŃCY NA OCHOTNIKA!

(Na marginesie uchwał IX Zjazdu Delegatów Związku Lekarzy Dentystów w Państwie Polskim, odbytego w dniach 31 maja i 1 czerwca 1936 roku).

W Dentystycznych Wiadomościach Związkowych (nr. 4—5 z r. 1936) na stronie 217 podana jest treść protokółu Zjazdu, wymienionego w nagłówku łącznie z powziętymi na nim uchwałami. Z tego to protokółu dowiedziałem się, iż skromna moja osoba w związku z moim listem otwartym, wystosowanym ubiegłego roku do p. prof. dr Antoniego Cieszyńskiego , zaprzątała umysły Delegatów Zjazdowych i to aż tak dalece, że nie tylko byłem ośrodkiem dyskusji jednej z części obrad, ale ponadto znalazłem poczytne miejsce w jednej z powziętej uchwał Zjazdowych.

Ponieważ za ten zaszczyt, którego właściwą wartość pozostawiam nieujawnioną, nie chciałbym zasłużyć sobie na miano niewdzięcznika, a mogłoby to mieć miejsce, gdybym to wyróżnienie pominął milczeneim — pozwolę sobie dla nawiązania kontaktu z odbytym Zjazdem przytoczyć najpierw in extenso odnośne ustępy protokółu Zjazdowego.

A więc na str. 221: „Omówiono sprawę polemiki publiczno-prasowej między Akademią Stomatologiczną a prof. Cieszyńskim. Prawie wszyscy koledzy wyrażają zdanie, że cała ta polemika była niepotrzebna; należało te sprawy załatwiać w gronie profesorów, a nie wywlekać na łamy pism fachowych. Forma tych wystąpień nie zawsze była odpowiednia, a już artykuł *pana Łączyńskiego*, skierowany przeciwko prof. Cieszyńskiemu, *a konkomitowany podpisem Zrzeszenia Absolwentów P. I. D.*,

pod względem *formy i niejednokrotnie treści był zupełnie nie na miejscu.* Poruszono przy tym sprawę odrębnego stanowiska Zrzeszenia Absolwentów w wielu sprawach zawodowych. Sprawy te znalazły wyraz we wnioskach VIII i IX uchwalonych na Zjeździe".

Str. 223: „VIII Zjazd Delegatów Związku stwierdza, *że działalność Zrzeszenia Absolwentów P. I. D.* nie skoordynowana z planem pracy pozostałych zrzeszeń lekarsko - dentystycznych, nie przynosi pożytku zawodowi. *Konkomitowanie* listu otwartego *p. J. Łączyńskiego,* zamieszczonego w n-rze 2-gim Dwumiesięcznika Stomatologicznego z podpisem Zrzeszenia przyczyniło się do zaostrzenia stosunków w zawodzie oraz przyniosło zawodowi niepowetowaną szkodę". (wszystkie podkreślenia moje).

W związku z przytoczoną treścią dyskusji i powziętej uchwały mam zaszczyt podać niniejszym do wiadomości przede wszystkim Delegatów owego Zjazdu, co następuje:

1) Mój list otwarty do p. prof. dr. med. A. Cieszyńskiego — właśnie ze względu na jego charakter (listu) uprawniał do krytki jego treści i wysuwania takich czy innych kwalifikacyj wyłącznie osobę, do której był skierowany, a w żadnym wypadku osoby postronne, które zapewne mimo wszystko p. prof. Cieszyński o to nie prosił.

2) Jeżeli Delegaci Zjazdowi uważali za możliwe ubierać się w togę Katona i oburzać się na formę mego listu, to przede wszystkim powinni byli jednocześnie dać odpowiedź, czy forma wystąpień prof. dr. Cieszyńskiego (patrz str. 7, 8, 16 Odpowiedzi prof. dra Cieszyńskiego z 24.XI. 1935 r.) w odniesieniu do absolwentów P. I. D. względnie A. S. — nie mówiąc już o profesorach Akademii Stomatologicznej, a w szczególności tym, któremu tenże Zjazd nadał czonkostwo honorowe — była na miejscu, czy też nie i czy przypadkiem nie sprowokowała mojego wystąpienia; panowie delegaci zjazdowi mogą sobie swobodnie kwalifikować osobiste wystąpienia członków Związku, który reprezentują i zechcą przyjąć do wiadomości, iż to ich wystąpienie w stosunku do mojej osoby ze względów natury zasadniczej w ogóle mnie dotknąć nie może, jest mi nad wyraz obojętne i że odnoszę się do niego z wyrozumiałością i szczerym politowaniem.

3) Jeżeli delegaci zjazdowi uważali za możliwe orzec, iż artykuł mój (list) niejednokrotnie pod względem treści był nie na miejscu — to winni byli przede wszystkim przytoczyć odnośne ustępy mego listu, a nie zasłaniać się wstydliwie „niejednokrotnością", bo to jest równoznaczne z gołosłownością zarzutów, do wysuwania których zresztą ze względów już wyżej przytoczonych w ogóle najmniejszego prawa nie mieli.

4) Na krytykę takich, czy innych wystąpień Zarządu b. Zrzeszenia P. I. D., a obecnego Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej — mimo, iż obecnie jestem członkiem Zarządu, odpowiadać nie będę — do wystąpień bowiem indywidualnych w imieniu Zarządu nie jestem upoważniony; jako jednak członek Stow. Abs. A. S. mam nie tylko prawo, ale i obowiązek zaprotestować przeciwko mieszaniu się panów delegatów zjazdowych w sprawy organizacji, do której nie należą i należeć nie mogą.

5) Jeżeli już panowie delegaci wspomnianego Zjazdu uważali za możliwe rozpatrywanie treści mego listu otwartego — to wielka szkoda, że, stojąc na straży ustawy o wykonywaniu praktyki lekarsko-dentystycznej i zdrowia publicznego (uchwała nr. V), nie wpadli na pomysł powziąć również uchwałę, zlecającą Zarządowi zapytanie mnie — czy przypadkiem lekarz-dentysta, o którym w tymże liście pisałem (na str. 16, ustęp 3 od góry) nie jest członkiem Związku Lekarzy-Dentystów w Państwie Polskim i czy nie jest identyczny z tym, którego zagrożoną placówkę uchwała Zjazdu w punkcie X bierze w obronę, twierdząc, że wykonywanie tej opieki w lecznicy, przejętej przez Ubezpieczalnię *(w której pracują wyłącznie lekarze-dentyści absolwenci P. I. D. — wpłynie bezwzględnie na zniekształcenie racjonalnej opieki dentystycznej szkolnej;* mam wrażenie, że w takim wypadku odpowiedź moja ewentualna mogła by może dostarczyć w nadmiarze materiału na tyle ciekawego i charakterystycznego, który pozwolił by odciągnąć uwagę miarodajnych czynników Związku Lekarzy - Dentystów w Państwie Polskim od mojej skromnej osoby, natomiast skierować ją na tory właściwe, t. j. statutowej działalności Związku.

6) Autorzy treści protokółu i uchwał zechcą przyjąć do wiadomości, iż w polskim języku nie mówi się „iż artykuł pod względem treści nie był na miejscu“ — tylko „że artykuł treścią swą nie odpowiadał np. faktycznemu stanowi rzeczy, lub t. p.“ — że w polskim języku nie mówi się „konkomitowanie“, lecz „solidaryzowanie się“.

7) Jeżeli w treści protokółu zjazdowego i powziętej uchwały (VIII), ogłoszonych publicznie, pominięto tendencyjnie przy moim nazwisku posiadany przeze mnie niższy stopień naukowy (zawodowy), to inspiratorzy względnie wykonawcy tego posunięcia niech przyjmą do wiadomości, iż w ten sposób wystawili sobie sami właściwe świadectwo i byłoby poniżej mojej godności ujawnić stopień oceny takiego ich postępowania w szczególności, gdy się je złączy z usiłowaniem zdyskwalifikowania mego listu otwartego do p. prof. dra Cieszyńskiego pod względem formy.

Na zakończenie dodam jeszcze, że przyjdzie czas, w którym panowie delegaci Związku Lekarzy - Dentystów w Państwie Polskim będą mieli możność przekonać się, kto istotnie wyrządza zawodowi szkodę, a kto przysparza mu korzystnych wartości, kto go broni, a kto ucieka się pod płaszczyk silniejszego, kto dąży do zaostrzenia stosunków w zawodzie, a komu leży na sercu organizacyjne zcementowanie przedstawicielstwa zawodowego i to nie tylko w celu obrony wspólnych interesów, ale przede wszystkim w celu podniesienia godności całego zawodu do takiego szczebla wartości, która nie pozwoli innym dla celów osobistych wygrywać przeciw sobie poszczególne organizacje i w zależności od chwilowej potrzeby jednymi pomiatać, a drugie przyhołubiać — a wszystkie pospołu w skrytości ducha postponować, lecz nakazywać będzie poszanowanie, na którego nadmiar nikt w tej chwili w naszym zawodzie narzekać nie może.

Julian Łączyński,
lekarz - stomatolog.

—o—

KOMUNIKATY

Ze Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej.

Zarząd Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej zawiadamia W. P. Kol., że przy Zarządzie istnieje Biuro pośrednictwa pracy, które poleca wykwalifikowanych kandydatów na posady i zastępstwa. Uprzejmie prosimy w razie zapotrzebowania zwracać się do

Biura pośrednictwa pracy ul. Wspólna 59, m. 8, tel. 9-40-22, od godz. 18 — 20.

Kierownik Biura **H. Zaczyńska.**

BIBLIOTEKA STOMATOLOGICZNA.

Polecamy Sz. Kol. Kol. nowo powstałe wydawnictwo dzieł naukowych p. n. **„Biblioteka Stomatologiczna"**, które dysponuje dziełami profesorów wyższych uczelni i wybitnych fachowców po raz pierwszy wydanymi w języku polskim z dziedziny chirurgii stomatologicznej, patologii i terapii chorób zębów, ortodoncji, protetyki i techniki dentystycznej.

Katalogi i prospekty wysyła na żądanie „Biblioteka Stomatologiczna", Warszawa ul. Miedziana 5, tel. 5.06-30.

Polska Drukarnia Nakładowa, sp. z ogr. odp., Warszawa, Senatorska 17.